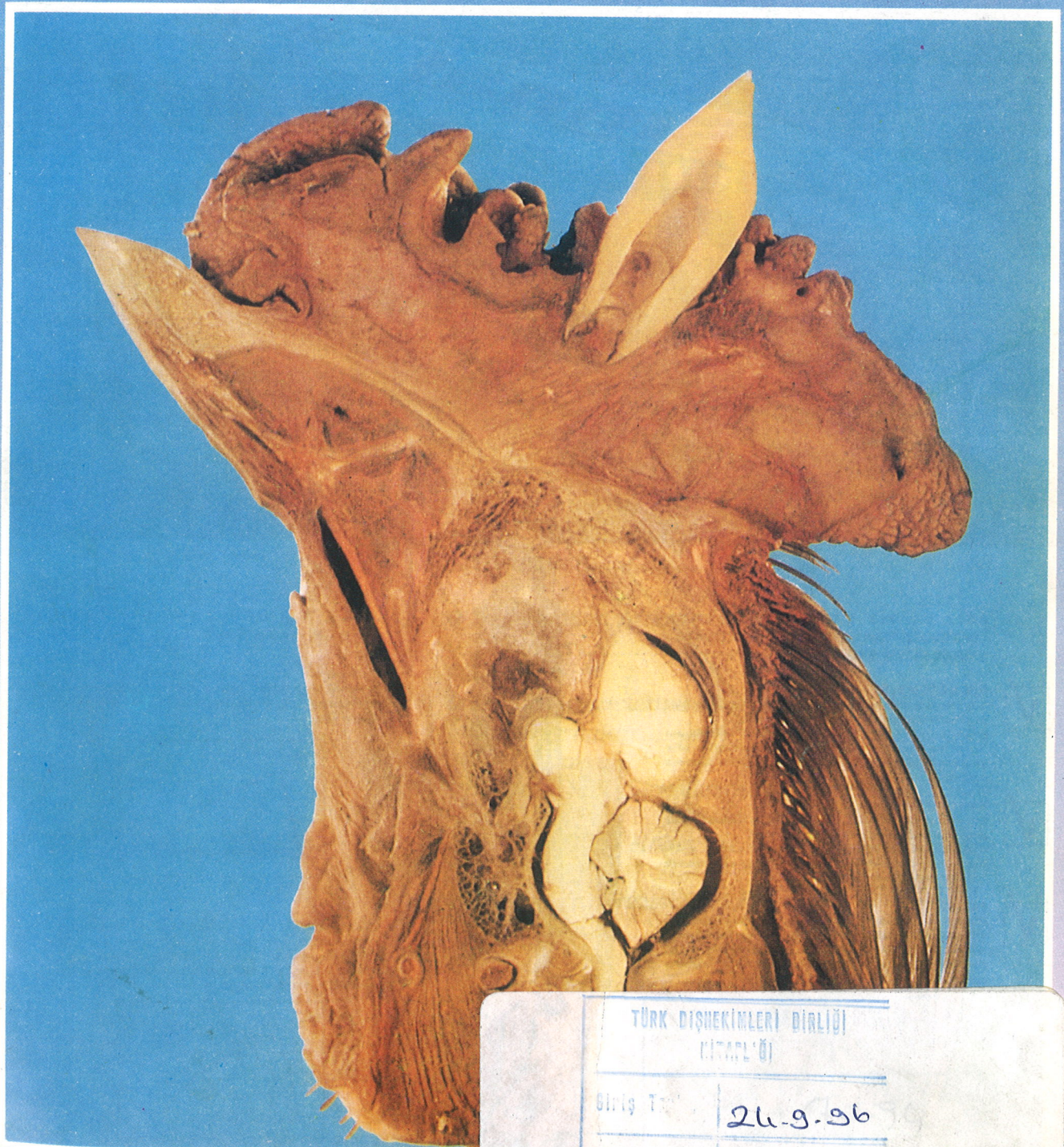
TDBD

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

Sayı : 23
Aralık 1993



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
KİTAPLIĞI
Giriş Tarihi : 24.9.96
No : 47 0047/96

TÜRKİYE'DE İLK DEFA

Sağlıklı diş ve dişetleri için, klinik deneylerle kanıtlanmış "ultra koruma sistemi"



AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINDA DÜNYA TEKNOLOJİSİ'NİN ULAŞTIĞI EN SON NOKTA : SİGNAL ULTRA SYSTEM

DİŞ ÇÜRÜMELERİNE KARŞI ETKİN KORUMA...
Zayıflayan diş mineleri, dişlerin çürümesine, böylelikle de diş kayıplarına neden olur.
SİGNAL ULTRA SYSTEM, formülündeki maksimum florür seviyesiyle zayıflamış diş minelerini bile yeniden güçlendirir, çürümelere karşı etkin koruma sağlar.

BAKTERİ PLAĞI...
Diş yüzeyinde oluşan bakteri plağı diş çürümelerine ve periodontal hastalıklara neden olur.
SİGNAL ULTRA SYSTEM, formülündeki anti-bakteriyel maddeler ile bakteri plağı oluşumuna karşı etkin koruma sağlar.

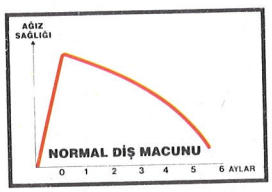
TARTAR...
Diştaşı (tartar) dişlerin üzerinde, özellikle dişeti ile birleştiği yerlerde oluşan sert bir mineral tabakadır.
SİGNAL ULTRA SYSTEM, geliştirilmiş özel formülüyle tartar oluşumuna karşı etkin koruma sağlar.

DİŞETİ SAĞLIĞI...
Dişetlerindeki kanama en önemli dişeti rahatsızlığıdır. Dişlerin normal bir diş macunu ile fırçalanması dişeti rahatsızlıklarını önlemek için yeterli değildir.
SİGNAL ULTRA SYSTEM'in dişeti sağlığını korumadaki etkinliği ve dişeti kanamalarının oluşumunu en az % 90 oranında önlediği ULUSLARARASI KLİNİK DENEYLERLE KANITLANMIŞTIR.

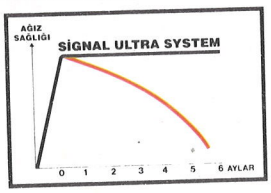


AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İÇİN ETKİN KORUMA

Normal bir diş macunuyla yaptığınız bakım sonunda, 6 ay içinde ağız ve diş sağlığınız gerileme göstererek, ilk dişhekimi kontrolünden evvelki haline döner.



Oysa, SİGNAL ULTRA SYSTEM'in dişhekimi kontrolünden 6 ay sonra bile, ağız ve diş sağlığını etkin olarak koruduğu ve ilk günkü halini 6 ay boyunca aynı durumda tuttuğu uluslararası klinik deneylerle kanıtlanmıştır.



TDBD

The Journal of Turkish Dental Association

Published by The Turkish Dental Association

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
Meşrutiyet Cad. 32/8
06420 Kızılay - ANKARA
Tel : (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

TURKISH DENTAL ASSOCIATION
Meşrutiyet Cad. 32/8
06420 Kızılay - ANKARA
Tel: (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

TDB
Türk Dişhekimleri Birliği'nin
Ücretsiz Yayınıdır

Sahibi:
TDB Yönetim Kurulu Adına
Dt. Eser Cilasun

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Genel Sekreter
Dt. Hüsnü Çuhadar

Yayın Kurulu:
Başkan: Dt. Numan Kuzanlı,
Prof. Dr. İlter Uzel
Prof. Dr. Gülümser Çölok
Prof. Dr. Hamit Bostancı,
Dr. Sema Tortop,
Dt. Serap Zeren,
Stj. Dt. Neşe Erad

Teknik Sorumlu:
Dt. Numan Kuzanlı

Reklam Sorumlusu:
Dt. Tatyos Bebek (1) 230 90 03

Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi:
Meşrutiyet Cad. 32/8
Kızılay-ANKARA
Tel: (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

Yayına Hazırlayan ve Baskı:
Erk Yayıncılık
Tel: 231 41 97 - ANKARA

3 ayda bir yayınlanır.
Aralık 1993
Bu sayı 10.500 adet basılmıştır.

İÇİNDEKİLER

- *Bir Kampanyanın Düşündürdükleri* 2
- *Neden "1. Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı Günleri Kampanyası"* 3
- *Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı Kongresi* 5
- *İş Riski, Füli Hizmet Zammı, Özel Hizmet Tazminatı* 10
- *Dişhekimleri Araç ve Gereçlerinde Yenilikler* 12
- *Dentin Adezivlerinin Tutunma Mekanizmaları* 21
- *Bağkur, SSK, Şirketleşme Üzerine* 24
- *Birlikten Kısa Haberler* 25
- *Kampanya Öncesi Oda Başkanları Toplantısı* 29
- *Ketorolak Trometamin Kullanımına İlişkin Açıklama* 30
- *Kongre - Sempozyum - Kurs - Toplantı* 32

Kapak Resmi: İngiliz hekim ve araştırmacı Sir John Hunter (1728 - 1793)'ın implant deneyi. Hunter, horoz ibiğine insan diş germini impante etmiş ve bu diş sürmüştür (1787).
(Hunterian Museum, Londra - Prof. Dr. İlter UZEL Koleksiyonu, Ankara).

BİR KAMPANYANIN DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ

Türk Dişhekimliğinin 85. yıldönümünde yapılan 1. ULUSAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI GÜNLERİ Kampanyası toplumun ağız ve diş sağlığı açısından önemli bir etkinlik.

Yıllardan beri ifade edilen ama sadece ifade edilmesi ile yetinilen bir durum sözkonusu. Halkımızın % 90'ının diş tedavisine ihtiyacı var. Başka bir deyişle 100 kişiden 90'ında diş ve diş eti sorunu var.

Değişik kamu kurumları ve kişiler tarafından defalarca yapılan bu tesbitlere karşın sorunun çözümü için ciddi bir çaba gösterilmemiştir.

Soruna yönelik reçetemiz var mı? Aklı başında insanların ifade ettiği, sağlık ile ilgili yazan, çizen, düşünen, çalışma yapan kişi ve kuruluşların ortak yanları: Koruyucu sağlık hizmetlerinin ciddi bir şekilde ele alınması ve gerçekleştirilmesi.

Sağlık hizmetlerinde önemli olan bireyin hasta olmadan korunmasıdır. Korunmaya rağmen birey hastalanıyorsa tedavi hizmeti verilecektir. Ne yazık ki siyasiler bu genel doğruyu programlarına koymalarına karşın iktidara geldiklerinde bu anlayışı gerçekleştirmezler. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerinin organize edilmesinde gösteriş yok. 100 yataklı hastanenin ya da bilmem ne merkezinin açılışını yapmıyorum. Kısaca kurdela kesme yok, reklam yok, ama koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir şey var: Gösterişsiz sağlıklı bir toplum yaratma sevinci ve mutluluğu var.

Türk Dişhekimleri Birliği olarak bu sevinci yaşıyoruz. 1986 yılından beri hiçbir beklentimiz olmadan organize ettiğimiz koruyucu toplum ağız ve diş sağlığı çalışmalarını Türkiye'nin her köşesinde gerçekleştirdiğimiz I. ULUSAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI kampanyası ile daha anlamlı bir hale getirdik.

Bu kampanya ve daha sonra gerçekleştireceğimiz kampanyalar ile toplumun tutum ve davranışını değiştirebilirsek önemli bir hizmet vermiş olacağız.

Sağlık Bakanı Rıfat Serdaroğlu'nun kampanyamızı desteklemesi ülkemizde özlenen bir davranıştı. Sayın Bakan bu desteği ile Sağlık Bakanlığı, Sağlık Meslek Birlikleri ve üretici firmaların toplum ağız ve diş sağlığına yönelik ortak çalışmaları gerektiğini ve konunun önemini göstermiştir.

1. ULUSAL AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI GÜNLERİ kampanyası sağlıklı birey ve sağlıklı toplum için, bir dönüşümün başlangıcı olsun.

Dt. Celal Korkut YILDIRIM

NEDEN "1. ULUSAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI GÜNLERİ KAMPANYASI"

Dt. Tayfun İRFAN
TDB Yönetim Kurulu Üyesi

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINDA DURUM

* Ülkemizde birinci büyük azıları sürmekte olan 6 yaş grubunda her 100 çocuktan 19'unun ağzında çürük bulunmaktadır. Diğer bir ifade ile 6 yaş grubundaki her beş çocuktan birinin, yeni süren dişinde çürük vardır.

* Süt dişleri dizisinde ise, yine 6 yaş grubundaki her 100 çocuktan 84'ünün çürüğü olduğu tesbit edilmiştir. Bu oran 8 yaş grubunda daha da yükselmekte, bu yaş grubundaki her 100 çocuktan 91'inin ağzında diş çürüğü olduğu görülmektedir.

* 6 yaş grubunda çocuk başına düşen çürük veya çürük nedeniyle çekilmiş veya çürük nedeniyle doldurulmuş diş sayısı 5-6'dır. Bu oran 12 yaş grubunda ortalama 2; 20-24 yaş grubunda ortalama 5; 25-29 yaş grubunda ortalama 7 olarak yaş ilerledikçe yükselmektedir.

* Tüm sürekli diş dizisi ağzında yer almış kabul edilen 12-13 yaş grubunda ülkemizde her 100 çocuktan 81-84'ünün ağzında çürük olduğu tesbit edilmiştir.

* 30-34 yaş grubundaki her 100 kişiden 97'sinin ağzında çürük bulunmaktadır. Dişsizlik bu yaş grubundan başlayarak 65 ve üstü yaş grubunda % 75 düzeyine ulaşmaktadır.

* 35-44 yaş grubunda kırsal kesimde çürük prevalansı % 95-98, kent çevresinde % 79, kentlerde ise % 76'dır.

* Tüm yaş gruplarının ortalaması alındığında ülkemizdeki her 100 kişiden 92'sinin çürük nedeniyle tedaviye muhtaç olduğu söylenebilir.

* Ülkemizde tedavi gereksinimi çocuk yaş gruplarında hemen hemen hiç karşılanamazken; 45-55 yaş grubunda o da sadece kentlerde % 57 oranında karşılanmaktadır.

* Periodontal hastalıkların belirtileri ülkemizde çok erken yaşlarda görülmekte, tedavi oranının düşük olması nedeniyle sürekli artarak % 100'lere yükselmektedir.

* 1988 yılı itibariyle ağız ve diş hastalıklarının tedavisi için gereken zaman (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tedavi zamanı kriterlerine göre hesaplanmıştır.) 395.360.033 saattir.

* 1988 yılı itibariyle (bir dişhekiminin yılda ortalama 1500 saat çalıştığını kabul edersek) ülkemizdeki dişhekimlerinin tümü 26 yıl boyunca devamlı çalışırlarsa mevcut durumu ancak düzeltebileceklerdir. İşte bu veriler Türkiye'de ağız ve diş sağlığı konusunun ne denli ilgiye muhtaç olduğunu sergileyen pek çok ayrıntılı veriden sadece birkaçıdır ve 1. Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı Günleri Kampanyasının dayanağını oluşturmaktadır.

HALKIMIZ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA GEREKEN ÖNEMİ VERİYOR MU?

Piar'ın 1988 yılında yaptığı bir araştırmaya göre halkımızın % 9.9 dişhekimine hiç gitmiyor.

% 49 bir yıldan beri gitmiyor.

% 23 geçen yıl gitmiş.

% 19.1 0 yıl içinde gitmiş.

DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDE DURUM NEDİR?

* Ülkemizde dişhekimliği eğitimi ve hizmetleri ne yazık ki tedavi hizmetlerine yönelik yapılmaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı eğitimi dişhekimliği fakültelerinde oldukça yetersizdir. Aynı şekilde koruyucu dişhekimliği hizmetleri de yok denecek kadar azdır.

* Ağız ve diş sağlığı hizmetleri ihtiyacı karşılanmaktan uzaktır. Ayrıca halkın alım gücü böylesi bir hizmeti satın alamaz durumdadır.

* Ülkemizde dişhekimliği hizmetlerinde kullanılan araç, gereç ve tüketim malzemelerinin % 90'ı ithal edilmektedir.

* Halkımızın ağız ve diş sağlı-

(*) *Veriler Türkiye'de Ağız Sağlığı Durum Analizi'nden alınmıştır. Doç. Dr. Gülçin Saydam, Prof. Dr. İnci Oktay, Dr. Ingolf Möller*

ğının bozuk olması işgücü kaybı yanısıra kullanılan materyallerin de ithal edilmesinden dolayı ülkemizin döviz kaybı da sözkonusudur.

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINDA HEDEF NE OLMALIDIR?

* DSÖ'nün "2000 yılında herkes için sağlık" hedefinde 6 yaş grubunda süt dişi dizisindeki çürüksüz kişi yüzdesi % 50 olmalıdır.

* DSÖ tarafından 2000 yılı için saptanmış hedeflerle yurdumuzdaki var olan durumu karşılaştırdığımızda 12 yaş grubu hariç diğer bütün indeks yaş gruplarında planlanan hedeflerin çok gerisinde olduğumuz ve bu tablonun değişmesi için geniş tabana yayılmış koruyucu uygulamaların gerektiği ortaya çıkmaktadır.

* 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi'nin önemli sonuçlarından birisi halkın sağlık eğitiminin ivedilikle gündeme alınması idi. Kongrelerde, halkın bilgilendirilmesinin yetmediği ve halkın tutum ve davranışının değişmesi için çalışmalara başlatılmasının gerekliliği kongre katılımcıları tarafından dile getirildi.

NE YAPMALI?

* DSÖ, sağlık hizmetlerinde istenilen hedefe varılmasının ancak ulusal katılım ile gerçekleşebileceğini ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde yetkili ve sorumlu kuruluşlar ile gönüllü kuruluşların güçlerini organize etmesinin gerekliliği ve önemi DSÖ tarafından dile getirilmektedir.

1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi sonuçlarında tüm toplumsal yapıların motive edilmesinin gerekliliği dile getirilmiştir. Halkın sağlık sorunlarının çözümlenebilmesi için devlet ve kamu nitelikli kuruluşlar (Meslek kuruluşları ve üniversiteler) ile sendika, dernek, vakıf ve üretici firmaları gibi kuruluşların güçlerinin organize ve motive edilmesi gerekir.

Türk Dişhekimleri Birliği ve dişhekimleri odaları bu noktadan hareketle kuruluşlarından bugüne kadar halkın eğitilmesi ve bilgilendirilmesi konusunda yoğun çalışmalar yapmışlardır.

Bilgilendirme çalışmalarının tutum ve davranışa yönelik organize edilmesi artık zorunluluktur.

Bu tesbiti yapan TDB 7 yıllık çalışmalarında bir nitelik sıçraması yaparak 1. Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı Günleri Kampanyası düzenliyor.

Amaç sağlıklı bir toplum

Amaç sağlıklı bir gelecek

Amaç geleceğe güvenle bakan bir toplum.

ORAL İMPLANTOLOJİDE
HER ZAMAN İLK İSİM

oralsan
Diş ve Ağız Sağlığı Tic. Ltd. Şti.
ORALTRONICS® TURKEY

- Osteoplate 2000
- Pitt-Easy Bio-Oss
- Bicortical

Rumeli Cad. No:17-19 Şeref Apt. Kat:3
Daire:6 Nişantaşı/İSTANBUL
Tel: 233 06 47 - Faks: 240 25 61

TÜRK
DİŞHEKİMLERİ
VAKFI

İlginizle
Güçlenecektir

Üye Olunuz

Yıllık Aidat: 300.000 TL.
Posta Çeki Hesap No: 105361

Adres: Meşrutiyet Cad. 32/8
06420 Kızılay - ANKARA

ULUSAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KONGRESİ

30 Nisan - 1 Mayıs 1993 tarihinde Ankara - Milli Kütüphane salonlarında yapılan "Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı Kongresi"ne ait sonuç raporlarını sunuyoruz. Raporlar üç ayrı komisyonda hazırlandı.

1. KOMİSYON RAPORU:

ULUSAL AĞIZ - DİŞ SAĞLIĞINDA DURUM VE HEDEF SEÇİMİ

Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı Kongresi kapsamında oluşturulan komisyonumuz 29-30.04.1993 günleri toplanarak Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı durumunu görüşmüş ve gelecekte uygulanması düşünülen koruyucu ağız sağlığı programlarının hedeflerini belirlemiştir. Buna göre ortaya çıkan görüş ve öneriler aşağıda sunulmuştur:

1. Referans olarak önerilen "Türkiye'de Ağız - Diş Sağlığı Durum Analizi" başlıklı araştırma ile ilgili tartışma açılmış, araştırmanın yapıldığı 1987 yılından bu yana ulusal düzeyde herhangi bir koruyucu sağlık programının uygulanmadığı, çalışmanın örnekleme yöntemi, parametreleri ve sonuçları itibariyle ulusal düzeyi yansıttığı, uluslararası kıyaslamalara elverişli oluşu nedeniyle referans olarak kabul edilmesine, koruyucu sağlık programlarının uygulanmaya başlamasını takiben beş yıl sonra tekrar edilebileceğine karar verildi.

2. Toplumun değişik kesimleri arasında ağız ve diş sağlığı açısından önemli farklar bulunmadığı, sosyo-kültürel ve ekonomik gelişimin beraber gitmediği, mevcut kaynakların kısıtlılığı vb. nedenlerle uygulanacak programlarda kesimler arası farklılığın dikkate alınmasına karar verildi.

3. Mevcut ülke gerçekleri dikkate alındığında koruyucu sağlık programlarının toplumun tüm kesimlerine ulaşması çok güçtür. Bu nedenle öncelik çocuklarda olmak üzere topluma ulaşılmalıdır. Bu amaçla hedef yaş grupları aşağıdaki şekilde olabilir:

a) 0-6 yaş grubu: Bu yaş grubu çocuklarda sistemik flor uygulanmasının yararları belirgindir. Ülkemiz gerçekleri içinde özellikle hemşire ve ebelerden yararlanarak flor tabletleri kullanılabilir.

b) 7-14 yaş grubu: Bu yaş grubu çocuklar çok büyük oranda ilk ve orta öğretim kurumlarında bir aradadır. bu dönem çocuklara lokal flor uygulaması ve etkili mekanik plak temizliğine yönelik programlar kolaylıkla ulaştırılabilir.

Hedef yaş grupları dışında kalan kesimlerin koruyucu sağlık eğitim programlarından yararlanmaları açısından öncelik geniş kitlelere ulaşabilme şansı olan ve programın amacına ulaşmasında katkıda bulunabilecek meslek grupları olmalıdır. Bunlar arasında özellikle öğretmenler, hekim dışı sağlık personeli, doktorlar, subay-astsubay ve din adamları gözönüne alınmalıdır. Bu meslek gruplarının mezuniyet öncesi ve sonrası toplum ağız diş sağlığına yönelik eğitimleri gerçekleştirilmelidir.

Ek olarak toplumun dinamizminin sürdürülebilmesi için basın-yayın organlarının periodik bir şekilde konuyu gündeme getirmeleri sağlanmalıdır. Bu anlamda özellikle ikinci basamak hizmetlerin gerçekleştirilmesini engelleyici yayınların önlenmesi ve dişhekimi sevgi ve güveninin yaygınlaştırılmasına özen gösterilmesi gereklidir.

4. Uygulamaya konulacak koruyucu ağız - diş sağlığı programlarının başlamasını takiben ilk beş yıl içinde ulaşılabilecek hedefler şu şekildedir.

a. 5 yaşındaki çocularda süt dentisyonundaki çürük prevelansının % 30 iyileşme ile % 50 civarına çekilmesi.

b. 12 yaşındaki çocukların çürük prevelansının % 20 iyileştirilmesi.

c. 14 yaşındaki çocukların çürük prevelansının % 20 iyileştirilmesi.

5. Uygulanacak programın etkinliğinin desteklenebilmesi ve gereğinde müdahale edilebilmesi için devamlılığı olan, basit ve merkezi bir enformasyon sistemi kurulmalıdır. Böylece belirli aralıklarla siste-

me veri akışı sağlanarak sonuçlar değerlendirilecektir.

Prof. Dr. İnci OKTAY (Başkan) - İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi

Prof. Dr. Hamit BOSTANCI (Raportör) - A.Ü. Diş. Hek. Fak. Periodontoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Gönen ÖZCAN - G.Ü. Dişhekimliği Fak. Periodontoloji

Prof. Dr. Bihter YAZICIOĞLU - H. Ü. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Doç. Dr. Şükrü KANDEMİR - Ege Ü. Diş. Hek. Fak. Periodontoloji

Doç. Dr. Halil KAYALIBAY - H.Ü. Dişhekimliği Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Atilla ÖZDEMİR - Gülhnne Periodontoloji

Dt. Süha ALPAY - TDB

Dt. Sibel BAKIR - Serbest Dt.

Dt. Sibel DENİZ - Serbest Dt.

Dt. Enis GÜNEY - Sağlık Bakanlığı Ağız-Diş Sağ. Dai. Bşk.

2. KOMİYON RAPORU: ÜLKEMİZ AĞIZ - DİŞ SAĞLIĞI SORUNLARININ ÇÖZÜMÜ İÇİN STRATEJİLERİN VE BUNUNLA İLGİLİ İLKE VE STANDARTLARIN TESPİTİ

1- Ülkemizde ağız diş sağlığı hizmetlerinde varolan durumu ve yapılan tedavileri değerlendirmek amacıyla kamu sektöründeki ve özel sektördeki tüm dişhekimlerinin yararlanabileceği standart bir bilgi formuna ihtiyaç vardır. Komisyonumuz Dünya Sağlık Örgütü'nün 1986 yılında geliştirdiği "Ağız Sağlığı Değerlendirme Formu"nun tüm sektörlerde kullanılması için önerilmesinin ve uygulama içinde formda gerekebilecek değişiklikleri yapmak üzere bir çalışma yapılmasını uygun görmüştür.

2- a) komisyonumuz, ağız diş sağlığı hizmetlerinin devlet politikası olarak benimsenmesini ve Sağlık Bakanlığı'nca koruyucu dişhekimliği hizmetleri ile tedavi edici dişhekimliği hizmetlerinin tek elden yönlendirilebileceği bir GENEL MÜDÜRLÜK oluşturulmasını önermektedir.

b) Komisyonumuz, ülke ihtiyaçları doğrultusunda değişen ağız ve diş sağlığı sorunlarını yönlendirmek üzere bir an önce bir koordinasyon komitesinin kurulmasını ve bu komisyonda:

I- Eğitim sektörünü temsilen ilgili öğretim üyelerinin

II- Hizmet sektörünü temsilen meslek kuruluşlarının

III- İlgili bakanlıkların dişhekimliği temsilcilerinin

IV- Yerel yönetim temsilcilerinin bulunmasını öngörmektedir.

Bu kurul **Sağlık Akademisi** bünyesi içerisinde **Ağız - Diş Sağlığı Koordinasyon** Kurulu olarak hizmet verebilir.

c) Ülke düzeyinde 1. basamak sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak üzere öncelikle dişhekimliği fakültelerinin bulunduğu merkezlerde **Ağız - Diş Sağlığı Merkezleri** oluşturulabilir.

d) Anaokulu, ilkokullar, ortaokullarda 1. ve 2. basamak sağlık hizmeti vermek üzere **Okul Dişhekimliği** sistemi kurulabilir (1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu buna müsaittir).

e) Kırsal alanlardaki sağlık ocağı ve AÇS merkezlerinde bulundurulacak dişhekimlerinin 1. basamak sağlık hizmeti vermeleri sağlanabilir.

3- Komisyonumuz 3, 4, 5 ve 6. maddeleri birlikte değerlendirerek aşağıdaki sonuçlara varmıştır:

a) Hamilelik döneminde anne adayının ele alınarak bilinçli beslenmesi için örneğin; sağlık ocağı, AÇS ve dispanserlerdeki dişhekimleri tarafından eğitilmesi,

b) Çocuğun daimi dişleri açısından uygun beslenmesi için anne ile birlikte çocuğunda yine aynı merkezlerdeki dişhekimleri tarafından eğitilmesi sağlanmalıdır.

c) Diş çürüklerinin önlenmesinde en etkin ve en ucuz yöntem olan flor uygulamalarına hemen geçilmelidir.

d) Bu işlemlerle ilgili olarak florun temini ve uygulanması devlet tarafından temin edilmelidir.

e) Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizin içilen sularındaki flor oranı belirlenmeye çalışılmalıdır.

f) "Flor Çalışma Komisyonu" tarafından Sağlık Bakanlığı'na takdim edilen, ülkemiz şartlarına uygun Flor uygulama planı çerçevesinde florlama işlemleri gerçekleştirilebilir.

g) Okul öncesi çocuklara devlet güvencesi altında Sağlık Ocağı, AÇS/AP Merkezi ve dispanserlerdeki hekimler tarafından, okul çocuklarına ise şimdilik MEB aracılığı ile flor tablet verilmesi ya da kontrollü bir şekilde solüsyonlarla çalkalama yaptırılması sağlanabilir. Okul dişhekimliği sistemine geçilirse sistemik lokal flor uygulamaları, koruyucu diğer işlemler, çürüğe başlangıç halinde tedavi edecek tüm işlemler ilgili dişhekimlerince gerçekleştirilebilir.

h) Kitle iletişim araçlarında:

- Beslenme
- Dişhekimine müracaat etme
- Özellikle gençlerin periodontal bakımları ile ilgili yayınlar yapılmalıdır. Örneğin, özel radyo ve TV yasaları hazırlanırken, yazılı ve görsel kitle iletişim araçlarına yönelik düzenlemelerde SSYB rol alabilir.

ı) Ağız - diş sağlığını sürekli gündemde tutacak işlemler yapılabilir. Örneğin her yıl bir haftalık kampanyalar gerçekleştirilebilir.

i) Diş plağı ile mücadele:

- Eğitim
- Profesyonel uygulamalar
- Periyodik bakım programları ile sağlanmalıdır.

j) Plak kontrolü için gerekli olan malzeme temini kolaylaştırılmalıdır.

k) Özel muayenelerde 1. basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi ile ilgili organizasyon yapılması uygun olur.

l) Toplum ağız diş sağlığı, Pedodonti, Periodontoloji derslerinin müfredat programları genişletilmelidir.

m) Dişhekimliğinde uzmanlık alanlarının arttırılarak topluma

uzman eliyle ağız - diş sağlığı sunulmalıdır.

n) Başta şekerli ciklet olmak üzere çocukların çok kullandığı ürünlerde sakkaroz dışındaki xylitol, sorbitol gibi tatlandırıcıların kullanılması yönünde ilgili firmaların harekete geçirilmesi uygun olacaktır. Çürük yapıcı şekerli ürünlerle ilgili reklamların sınırlandırılması ve vergilerin arttırılması da bir çözüm olabilir.

o) Dişhekimliği eğitiminde "Toplum Ağız Diş Sağlığının" ayrı bir disiplin olarak figüre edilerek buna yönelik teorik ve pratik eğitime ağırlık verilmesi yönünde çalışmalar yapılması, uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Gülçin SAYDAM - İ.Ü. Dişhekimliği Fak.

Prof. Dr. Altan GÜLHAN - İ.Ü. Dişhekimliği Fak. (Başkan)

Prof. Dr. Faik ÇOKPEKİN - G.A.T.A.

Prof. Dr. Kenan ERATALAY - H.Ü Dişhekimliği Fak.

Prof. Dr. Tezer ULUSU - G.Ü. Dişhekimliği Fak. (Raportör)

Doç. Dr. Murat AKKAYA - A.Ü. Dişhekimliği Fak.

Dt. Celal Korkut YILDIRIM - Türk Dişhekimliği Birliği

Dt. Ergin BEZİRCİ - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Dr. Ayşin SAYAN - Milli Eğitim Bakanlığı

Dt. Sıdıka KOCABEY - Yerel Yönetim

3. KOMİSYON RAPORU: AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ İÇİN GEREKLİ KAYNAKLAR VE BUNLARLA İLGİLİ DÜZENLEMELER

Ulusal Ağız - Diş Sağlığı Kongresi, 3 numaralı Komisyonun 29 Nisan 1993 tarihinde G.Ü. Dişhekimliği Fakültesi'nde yaptığı toplantıda tespit ettiği öneriler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

A) İnsan gücü kaynakları (Dişhekimi, yardımcı personel) yeterli midir, mevcut insan gücünün niteliği, dağılımı ve istihdam şekli toplum ağız diş sağlığı hizmetleri için uygun mudur?

"Sağlıklı yaşam hakkı doğuştan kazanılmış temel insan hakkıdır. Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri de bu temel hak içindedir" görüşünden hareketle;

1- Ülkemizde politik değişikliklerden etkilenmeyecek şekilde ulusal ağız ve diş sağlığı politikalarının saptanması ve bunların sürekliliğinin sağlanması son derece önemlidir.

2- Sağlık hizmetlerinin yurt düzeyine dengeli, eşit ve adaletli şekilde dağılımının sağlanması gerekmektedir.

3- Sağlık hizmetleri desantralize edilmelidir.

4- Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri genel sağlık hizmetlerine entegre edilmelidir.

5- Günümüzde, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hakim olan tedavi edici yaklaşım yerine, koruyucu ağız diş sağlığına ağırlık veren bir anlayışın hakim kılınması sağlanarak tüm koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleri uygulamalarının ücretsiz olarak kamu sektörleri tarafından karşılanmasında büyük yararlar vardır.

6- Ön görülen hedefler doğrultusunda saptanan politikalar ve ağız diş sağlığının kurumlaştırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir Genel Müdürlük kurulmalıdır.

7- İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı ağız-diş sağlığı şube müdürlükleri teşkil edilmeli, iller bazındaki ihtiyacın saptanması ve uygulamalarda bu Müdürlükler yetkili olmalıdır. İl kuruluşlarında teşkil edilen Sağlık Ocaklarına Dişhekimliği kadroları ihdas edilmeli, bu birimlerin ağız-diş sağlığı ile ilgili gereksinimleri öncelikle sağlanmalıdır.

8- Annelerin beslenme ve oral sağlık, çocuğun ağız hijyeni, erken koruyucu uygulamaların ve çok küçük yaşta başlayan dişhekimi kontrollerinin yararları konusundaki eğitimlerinin sağlanması amacıyla ana-çocuk sağlığı merkezlerinde ve sağlık ocaklarında bebek ağız sağlığı programları başlatılmalıdır. Türkiye'de aile hekimliği kavramı içerisinde çalışan doktorların da koruyucu aile diş hekimliği kavramına alınması gerekir. Bu konuda serbest çalışan dişhekimlerinden yararlanma yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.

Hemşire ve ebe okullarında koruyucu diş sağlığı derslerinin okutulmasıyla, ana - çocuk sağlığı merkezlerinde görev yapan bu kişilerden, bebek - ağız sağlığı programlarında eğitici amaçla yararlanılması mümkün olacaktır.

Anaokulu, ilkokul ve ortaokullarda koruyucu diş sağlığı uygulamaları yapacak olan okul dişhekimliği sistemi acilen kurulmalıdır (Bu servislerde koruyucu programlar, tedavi ve koruyucu ortodontik uygulamalar yapılabilmelidir). 6 yaş grubu çocukların okul öncesi aşı karneleri gibi, ağız sağlıklarıyla ilgili kontrol ve tedavileri de mecbur tutulmalıdır. Bu grup çocuklara uygulanacak olan koruyucu ve tedavi edici hizmetler devletin Sosyal Güvenlik sistemleri içerisinde ücretsiz olarak götürülmeye çalışılmalıdır.

9- 1992 yılı sonu itibariyle ülkemizde 11.500 dişhekimi mevcut olup, Türkiye genelinde dişhekimi dağılımı çok büyük değişiklikler göstermektedir. Bunun yanısıra mevcut dişhekimi potansiyelinden de yeterli ölçüde yararlanılamamaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi de dişhekimlerini görev tanımlarının ve istihdam alanlarının gerektiği gibi belirtilmemiş olmasından kaynaklanmaktadır. (Koruyucu Dişhekimi, Tedavi edici Dişhekimi, Yönetici Dişhekimi, Eğitimci Dişhekimi, Araştırmacı Dişhekimi gibi)

Günümüzde dişhekimlerinin % 17-20 si Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmakta olup, kamu sektöründe çalışan dişhekimi sayısı mevcut ihtiyacı karşılamaktan çok

uzaktır. Kadroların arttırılamamasındaki temel neden, dişhekimi istihdamının yalnızca tedaviye yönelik planlanması araç-gereç gereksinimi nedeniyle büyük maliyet sorunlarının ortaya çıkmasındandır. Oysa kamu sektöründeki dişhekimi kadrolarının arttırılarak bu hekimlerin fazla araç-gerece gereksinim göstermeyen koruyucu diş sağlığı hizmetlerinde kullanılması sağlanabilir. Ayrıca kamu sektöründe çalışan hekimlerin belirli zamanlarını koruyucu uygulamalara ayırmaları için zorlayıcı ve özendirici tedbirler getirilmelidir.

10- Özellikle metropolleşen yerleşim birimlerinde yerel yönetimler ağız - diş sağlığı ile ilgili hizmetlerde mutlaka görev almalıdırlar.

11- Özel dişhekimi muayenehanelerinden tedavi hizmetleri ile beraber özellikle koruyucu hizmetlerin satın alınması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

12- 12 yaşına kadar olan çocukların koruyucu uygulamaları ile tedavileri Sağlık Bakanlığı S.K.K., Milli Eğitim, Üniversite, Yerel Yönetim ve diğer tüm sağlık kuruluşlarının işbirliği ile ücretsiz olarak sağlanmalıdır.

13- Türkiye'de usta çırak ilişkisinde yetiştirilmiş 30.000 civarında diş teknisyeni mevcut olup, diş - protez teknik yüksek okullarından mezun olan eğitimli teknisyen sayısı sınırlı düzeydedir. Ülkemizde teknisyenlerin hasta ağzında çalışmasıyla ilgili önemli sorunlar mevcut olduğundan, öncelikle; teknisyen, oral hijyenist ve dişhekimliği hemşireliği kavramı belirlenmeli, çalışma yetkileri saptanarak özlük hakları ile ilişkili yasal düzenlemelerin yapılması sağlanmalıdır. Ancak bu koşullar sağlandıktan sonra, Diş - Protez Teknisyeni Okullarına ilave olarak Dişhekimliği Hemşiresi ve Oral Hijyenist yetiştiren okullar açılabilir. Koruyucu dişhekimliği konusunda teorik ve pratik eğitimli yardımcı personelin koruyucu diş sağlığı uygulamalarından yararlanılması büyük yarar sağlayacaktır.

14- Dişhekimlerinin hizmet içi eğitimlerinin sağlanabilmesi amacıyla, TDB ve üniversitelerce, koordineli bir çalışma başlatılmalıdır.

15- Ayrıca dişhekimlerinin çalışma şartları, ücretleri, özlük hakları, terfileri, tayinleri, ödüllendirilmeleri belirli esaslara bağlanarak bu konuda iyileştirici tedbirlerin alınması gereklidir. Bütün hizmet birimlerinde dişhekimliği standart kadroları belirlenmelidir.

B) Fakültelerdeki müfredat programlarının toplum ağız diş sağlığına yönelik olarak yeniden düzenlenmesi ne şekilde olmalıdır?

1- Dişhekimliği öğrenimi esnasında Toplum - Ağız Diş Sağlığına ayrılan teorik ve pratik eğitimin süresi çok yetersizdir. Dişhekimlerinin toplum - ağız diş sağlığına önem verecek şekilde yetiştirilmesine çalışılmalıdır. Tüm branşlarda, koruyucu sağlığa yönelik bilgilerin aktarılması yönünde eğitim müfredat programları yeniden planlanmalıdır.

2- Dişhekimliği fakültelerinde toplum - ağız diş sağlığı birimleri kurulmalı ve uzman yetiştirilmesine olanak sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

3- Öğrencilere koruyucu diş sağlığı ile ilgili klinik uygulamalar ve topluma yönelik (okullarda, sağlık ocaklarında vs.) saha uygulamaları yaptırılmalıdır.

4- Dişhekimliğinin doktora programlarındaki tüm dalların uzmanlık dalı olması gereklidir.

5- Doktora ve uzman kadrolarının genişletilmesinde acil yararlar vardır.

6- Fakülteler yanında ihtisas veren diğer kuruluşlardan da uzman yetiştirilmesi amacıyla yararlanılmalıdır.

7- Fakültelerin asli görevleri olan araştırma ve eğitim konularına dönmeleri sağlanmalı ve araştırma yapmaları desteklenmelidir.

C) Toplum ağız diş sağlığını korumaya ve iyileştirmeye yönelik kişi başına temel gider hesaplamada hangi kriterler gözönüne alınmalıdır?

Toplum ağız ve diş sağlığını korumaya yönelik kişi başına temel gider hesaplamada kullanılacak kriterlerin tespitine yönelik olarak sağlık ekonomisi içerisinde bir çalışmanın yapılması gereklidir. Bu prensipleri anlamada aşağıda belirtilen hususlar dikkate alınmalıdır.

Türkiye'de Dişhekimliği epidemiyolojisine yönelik çalışmalarla toplumun ağız - diş hastalıklarının şiddeti belirlenmiştir.

Bu veriler ışığında DSÖ'nün 2000 yılı için belirlediği amaçlara ulaşabilmesi için her yaş grubu ile ilgili sorunlar ve bunların çözümüne yönelik saptamalar yapılmalıdır.

Ülkemizde mali ve insan gücü kaynaklarının sınırlı olması daha az personel gerektiren, maliyeti daha ucuz koruyucu uygulamaların yapılmasını gerektirir.

Ağız diş sağlığı sorunlarının yaygınlığı, hekim ve yardımcı personel sayısının azlığı nedeniyle aile ve öğretmenlerin desteğinin sağlanabileceği yöntemler tercih edilmelidir.

Bu amaçlar DSÖ'nün; kaynakları kısıtlı ülkeler için önerileri mevcuttur. Bunlar içerisinde aşağıda belirtilen uygulamalar ülkemiz için en pratik ve maliyeti düşük çözümler olarak görülmektedir:

- Bakteri plağının kontrolü ve kaldırılması, doğru diş fırçalama, diş ipliği ve diyet eğitimi ile ilgili eğitici programlar
- Florlu diş macunu ve gargara uygulaması
- Florlu tabletlerin kullanılması
- Topikal flor uygulaması
- Suların ve tuzun florlanması (suların florlanması zor olsa da tuza F katılması konusunda uygulamalar başlatılabilir)

Yine kişi başına temel gider hesaplamada dikkat edilecek bazı kriterler:

- Uzman kişinin maliyeti
- Uzman kişinin çalışacağı, asgari tedavinin yapılabileceği diş servis üniti
- Her türlü diş aletleri
- Eğitim salonları
- Eğitim araç ve gereçleri
- Video, teyp gibi iletişim araçları
- Diş fırçası, diş macunu, arayüz temizleme araçları, plak boyama tabletleri, antibakteriyel ajanlar, ağız gargaralarının tüketilme oranlarının ana merkezlerden saptanması

Yine ağız ve diş sağlığı alanında kullanılacak malzemelerin (makine techizat ve sarf malzemeleri) seçimi, alımı, kullanımı, bakımı, onarımı, kalibrasyon hizmetleri, ve eğitimi konularında yönlendirici ve uygulayıcı tavsiyelerde bulunabilecek nitelikte bir devlet diş sağlığı malzeme ofisi kurulmalıdır.

Ağız ve diş sağlığında kullanılabilecek malzemelerin Türkiye'de üretimi teşvik edilmelidir.

Gıda sektörünün gıda üretiminde şeker alkollerini ve çürük yapmayıcı çerez türü ürünlerin üretimi için özendirilerek teşvik kapsamına alınması gereklidir.

Toplumun ihtiyaçları, toplumun hizmeti kullanılması sosyoekonomik düzeyi, mali gücü ile dişhekimi ve yardımcı eleman başına düşen nüfus miktarı gözönünde bulundurularak, yöresel maliyet hesapları çıkartılması yararlı olacaktır.

D) İnsan gücü maliyetinin düşürülmesi için nelerden yararlanılabilir?

1- Koruyucu önlemlere önem ve öncelik verilerek tedavi edici hizmetlere ihtiyacın azaltılması sağlanmalıdır.

2- Dişhekiminin bulunmadığı yörelere mobil sağlık hizmeti ünitesinin götürülmesi sağlanmalıdır.

3- Fakültelerin ve tüm kamu kuruluşlarının elindeki mevcut öğretim üyesi, fiziki alt yapı ve makine techizattan azami ölçüde yararlanılması sağlanmalıdır.

4- Bebek ağız sağlığı programları ile ebeveynlerin eğitilmesi koruyucu uygulamalarda onlardan da yararlanılabilmesini sağlayacaktır.

5- Öğretmenlerden eğitim ile flor gargarası plak kontrolu gibi programlar da yararlanılması mümkündür.

6- Ebe ve hemşire okullarında ağız sağlığı dersleri konulmalıdır.

7- En kısa sürede yardımcı diş sağlığı personeli eğitimi başlatılmalıdır. Koruyucu diş sağlığı programlarında dişhekimliği hemşireleri büyük yarar sağlayacaktır.

8- Sağlık ocaklarında ve okul dişhekimliği sistemleri içinde dişhekimlerinin istihdamı fazla bir araç gerece gereksinim göstermeksizin birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasına olanak sağlayacaktır.

E) Toplumun sağlık eğitim düzeyini artırmak için kullanılmasını gerekli gördüğünüz araçları tartışılması?

Öncelikle Türkiye genelinde; toplumun ağız diş sağlığı konusundaki bilgileri ve tutumları değerlendirilmelidir.

Anaokulu, ilk ve orta dereceli okullara öğretmen yetiştiren eğitim kurumlarında ağız-diş sağlığı dersleri konulmalıdır.

Tıp ve eczacılık fakülteleri ile hemşire ve ebe okullarına diş sağlığına yönelik bilgiler aktarılmalıdır.

İlk ve orta eğitim programları içerisinde ağız-diş sağlığı konuları daha geniş olarak işlenmelidir.

TV, radyo ve yazılı basından ağız-diş sağlığı eğitiminde yararlanılmalıdır. Bu konuda zorlayıcı uygulamalar getirilmelidir.

TV reklamlarında çerez ve şekerli türde yiyecekleri ve içecekleri içeren çocukları özendirici reklamlar sonrasında halkı diş sağlığı konusunda uyarıcı mesajlar verecek spotlar kullanılması mecburi tutulmalıdır.

Bebek ağız sağlığı programları başlatılarak diyet alışkanlıkları ve ağız hijyeninin kazanılmasında temel oluşturan annelerin eğitilmesi sağlanmalıdır.

İnsanların toplu olarak bulundukları yerlerde broşür, film gibi eğitici yayınlardan yararlanılmalıdır. Bu konuda yerel yönetimler azami gayreti göstermelidir.

Merkez örgütte sağlık eğitim programlarını planlayıp denetleyen bir birim kurulmalıdır.

F) Topluma ulaştırılacak koruyucu hizmetlerin finansmanı ile ilgili düşünceler:

1- Sağlık sektörüne ayrılan parasal kaynağın % 5 in üzerine çıkarılması gerekir.

2- Ayrılan kaynağın büyük kısmı koruyucu hizmetlere tahsis edilmelidir ve amaca uygun kullanılmalıdır.

3- Koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu sektörünce karşılanmalıdır.

4- Ağız diş sağlığının korumaya yönelik araç gereçlerinin KDV'leri minimum düzeyde tutulmalıdır.

5- Finansman kaynakları çeşitlendirilmelidir.

Prof. Dr. Şaziye ARAS - A.Ü. Dişhek. Fakültesi

Prof. Dr. Gürhan ÇAĞLAYAN - H.Ü. Dişhek. Fakültesi

Doç. Dr. Kaya EREN - G.Ü. Dişhek. Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Diş Tb. Dz. Yrb. Deniz SAĞDIÇ - G.A.T.A.

Prof. Dr. Özen TUNCER - İ.Ü. Dişhek. Fakültesi (Katılmadı)

Sağ. Plan. Uzm. Muharrem VARLIK - DPT

Dr. Aydan AÇIKGÖZ - Milli Eğitim Bak.

Dt. Semra BAYKAL - Yerel Yönetim

Dt. Hüsnü ÇUHADAR - TDB

Dt. Enis GÜNEY - Sağlık Bak. (Katılmadı)

Dt. Nuray AKTAŞ - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bak.

Dt. Yavuz ERTÜRK - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bak.

İŞ RİSKİ, FİİLİ HİZMET ZAMMI, ÖZEL HİZMET TAZMİNATI

Faruk ERİSEV
TDB
Yönetim Kurulu üyesi

Yaptıkları iş nedeniyle dişhekimleri ağır fiziksel güç harcamakta ve yoğun bir stres altında bulunmaktadır.

Ayrıca, dişhekimleri her türlü bulaşıcı hastalık riskine ve çeşitli ortopedik sorunlara açık bir meslek grubudur.

Bunları sıralarsak: tüberküloz, hepatit (en sık dişhekimlerinde görülmektedir), kızamıkcık, AIDS ve çeşitli virütik ve streptokrik enfeksiyonlar,

- Çeşitli kimyasal ajanlar, anestejik maddeler, ilaçlar, civa akrilik tozları vb.

- Radyasyon kullanımı

Ortopedik sorunlar, varisler, sırtta şekil bozukluğu, postür bozukluğu gibi nedenlerle dişhekimleri iş riskine en fazla açık bir meslek grubudur.

Dişhekiminin hasta koltuğuna eğilmesi halindeki gergin pozisyon spinal distorsiyonlara, lordozis ve kifozis'e neden olmaktadır. Dişhekimlerinin yaklaşık % 50'si bu sorunlara sahiptir.

Yine dişhekimlerinin mesleğe ilişkin ayak problemleri arasında, tırnak batması, düz tabanlık, bunyon (ayakta iltihaplı şişlik) ve aşil tendonu kısalması oldukça sık görülmektedir. Varisler en önemli alt extremite sorunlarının başında gelmektedir.

Yüksek frekanslı havalı airatörlerin ve diğer yüksek devirli aletlerin yol açtığı işitme kaybı,

- Küçük bir alanda çalışmanın getirdiği göz yorgunluğu,

- Çalışma anında, frezden (airatör ucu) corneaya madde sıçraması (çürük, diş, dolgu parçaları gibi) gözde yaralanma, enflamasyon retinada yırtılma ve seyrek olarak flokom'a neden olduğu bildirilmiştir.

Öte yandan dişhekimliği en stresli meslekler arasında ön sıralarda yer almaktadır.

İngiltere'de, Manchester Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Enstitüsi tarafından yapılan bir araştırmada mesleklerde yaşanan stres değerleri 0 ile 10 arasındaki katsayılarla belirlenmiş olup, dişhekimleri bu listede birçok mesleğe göre ön sıralarda yer almaktadır (Hekimler dahil). *(13.07.1993 tarihli Milliyet Gazetesi, sayfa: 5)*

Bu nedenlerden dolayı dişhekimlerinin iş riski zammı yükseltilmelidir.

Geçmişte dişhekimlerine radyasyon nedeni ile verilen fiili hizmet zammı ve röntgen şua izni daha sonra Sağlık Bakanlığı'nın girişimi ile kaldırılmıştır.

Radyasyon etkisine ek olarak, yukarıda sayılan birçok sorun dişhekimlerinin fiili hizmet zammını hak etmesi gerektiğinin bir kanıtıdır. Çünkü, fiili hizmet zammı, hizmetin ağır ve yıpratıcı olmasına göre fiili hizmete eklenen süredir. Dişhekimleri de bunu en fazla haketmesi gereken bir meslek grubudur.

Bugün örneğin Devlet Opera ve Balesi Sanatçılarının bile fiili hizmet zammı hakları vardır. Bakanlığın bu konuda girişimde bulunmasını bekliyoruz.

Tüm konularda çalışan; dişhekimleri dahil, bütün sağlık personeline sağlık hizmet tazminatı olarak mevcut özel hizmet tazminatının % 100'ü verilmelidir.

Kalkınmada öncelikli yörelerde dişhekimleri "diğer sağlık personeli" kategorisine sokulmaktadır. Bu durum düzeltilmelidir.

Dışhekimleri hekimlerle, her alanda aynı özlük haklar ve maaş haklarına sahip olmalıdır.

Dişhekimlerinin özel hizmet tazminatları en azından pratisyen hekimlerle aynı oranda olmalıdır.

Sağlık ocaklarına dişhekimi atanması yapılmalıdır. Birçok sağlık ocağında 5-15 arası pratisyen hekim varken bir dişhekimi atanmasının yapılmaması talihsizliktir.

Sağlık Bakanlığı lojman yönetmeliği değiştirilerek, dişhekimleri-

	İŞ GÜÇLÜĞÜ ZAMMI	İŞ RİSKİ ZAMMI	TEMİNİNDE GÜÇLÜK ZAMMI	ÖZEL HİZMET TAZMİNATI
Uzman Tabip	800 puan	225	1175	% 80
Tabip	800 puan	225	1175	% 65
Diştabibi	600 puan	225	1100	% 51

ne de lojmandan yararlanma hakkı verilmelidir.

Dişhekimlerinin uzman tabiplerle karşılaştırmalı maaş farklılıkları yukarıya çıkarılmıştır.

Tabloda görüldüğü gibi uzman tabip ile pratisyen tabip arasında özel hizmet tazminatı hariç farklılık yoktur. Dişhekimleri yönünden ise durum oldukça farklıdır. İş güçlüğü yönünden 200 puan, teminde güçlük zammı yönünden de 75 puanlık bir fark söz konusudur.

Aynı durum özel hizmet tazminatları içinde geçerlidir. Dişhekimleri ile uzman tabip ve pratisyen tabipler arasındaki tazminat farkı her maaş artış döneminde, dişhekimleri aleyhine büyümektedir.

Örneğin; 1993 Ocak zamlarıyla bu fark uzman tabibe göre % 21 pratisyen tabibe göre % 12 iken 1993 Temmuz zamlarından sonra bu farklar % 29'a ve % 14'e çıkmıştır.

Aynı meslek grubu içinde yer alan ve hepsi, insan sağlığı ile doğrudan ilgili olan bu meslekler arasındaki tazminat farklılıkları, dişhekimleri yönünden kabul edilebilir bir durum değildir.

Dişhekimlerinin, pratisyen hekimlere göre 1 yıllık eğitim eksikliği, ilk işe girişte 1 kademe alt dereceden başlayarak karşılanmaktadır.

Bu nedenlerle, dişhekimleri de en az pratisyen tabipler kadar özel hizmet tazminatı, iş güçlüğü zammı ve temininde güçlük zammından aynı oran ve puanlarda yararlanmalıdır.

ADRES DEĞİŞİKLİĞİ FORMU

Eski Adres :

.....

.....

.....

Yeni Adres :

.....

.....

.....

Formun doldurulup, Türk Dişhekimleri Birliği - Meşrutiyet Cad. 32 / 8 Kızılay - ANKARA adresine gönderilmesini rica ederiz.

TÜRKDİŞHEKİMLERİVAKFI

İlginizle Güçlenecektir. Üye Olunuz

Yıllık Aidat: 300.000 TL. Posta Çeki Hesap No: 105361

Adres: Meşrutiyet Cad. 32/2 06420 Kızılay - ANKARA

DİŞHEKİMLERİ ARAÇ VE GEREÇLERİNDE YENİLİKLER

Prof. Dr. Erdoğan TURGUT (*)

PERİOSELECT: Periodontal hastalıklarda tedavi gayesi ile irrigasyon yapmak için kullanılır. 1 litrelik paketlerde, 5 değişik solüsyon bulunur:

1. Hydrogen peroxide % 1.7 - Bacteriostatic.
2. Zinc chloride % 1 - Kontractive.
3. Chlorhexidine digluconate % 0.12 - Bacteriocid.
4. Sodium fluoride % 2 - Desentizan.
5. Perio rinse - Bacteriostatic.

Alet solüsyonları 36.5 °C kadar ısıtır. Dakikada 22 ml. olacak şekilde püskürtür.

Sultan Chemist, Inc.
85 West Forest Avenue
Englewood, NJ 07631 U.S.A.

ELECTRIC SURGEY / IMPLANT SYSTEMS (AEU - 217): İki ayrı motor ve tur kolu, iki ayrı irrigasyon sistemi mevcuttur. Tur kollarına piyasemen veya angldruva takılabilir. Tur devirleri ayarlanabilir ve motor üzerinde okunabilir. Turlar ters de dönebilir, bu esnada çıkardığı ses değişiktir. Aletin püskürttüğü steril serum fizyolojik solüsyonunun akışı ayarlanabilir.

ASEPTICO
Division of North Pasific Dental
P.O. Box 3209
Kirkland, VA U.S.A.

NEBUCID 880 (No touch system): Önce eller soğuk su ve fırça ile yıkanarak kan ve tükrükten arındırılır. Kağıtla kurulanır. Sıcak su ve sabun kullanılmaz. Çünkü alkollü dezenfektanlar derideki yağı alır; dolayısı ile eller çatlar ve infekte olur. Nebucid cihazına önce bir el sokulur. Alet tarafından otomatik olarak elin üzerine 1.5 sn. süre ile bir dezenfektan olan Dermacol püskürtülür. Sonra elin öbür yüzü sokulur. 2 el içli dışlı 6 dakikada dezenfekte edildikten sonra, 1 dakikada da elleri kurutmak için hava verir. Eller eldivenli iken de bu işlem yapılabilir. Dermacol bakteri, fungus, Tbc., virus (HBV-Hepatit ve HIV-Aids) etkilidir. Ayrıca deriyi koruyucu kozmatikler ihtiva eder.

Unident S.A. 39,rue Peillonnex
Ch-1225 Chêne - Bourg
Genéve / SWITZERLAND

ODONTOMETER: Mültifonksiyoner bir cihazdır:

1. Kanal boyunu ölçer. Bu esnada kanalda pus veya kan olmamalıdır. Apikal foramen geçilirse, alet ses çıkararak ikaz eder.
2. Vitalite testi yapar. Pulpanın ekspoz olup olmadığını gösterir.
3. Pin ve postların lokasyonunun tayin eder. Pulpaya veya periodonsiyuma perforasyonu gösterir.
4. İontoforezis yoluyla tedavide kullanılır:

1. İontoforezis (-): Sodium fluoride ile hipersensivite giderilmesi.

B. Steroidlerle ülsere mukoza tedavisi.

2. İontoforezis (+): A. Idoxuridin veya zovirax ile herpes simples tedavisi.

B. Xylocain veya epinephrine ile yüzeyel anastezi.

A/S L. Goff
Usseröd Mölle, DK-2970
Hörsholm - DENMARK

ULTRAVIOLET AIR STERILIZER: Muayenehanelerdeki germ, toz, polen, sigara dumanı, bakteri ve virus ihtiva eden havayı alır; ultraviyole ışık altından geçirip, temiz ve steril havayı dışarı verir. Ayrıca içindeki karbon filitre poleni, dumanı, tozu ve kokuyu uzaklaştırır. 1 dakikada iki metreküp havadaki mikroorganizmaları % 99 oranında temizler. Havanın aletten geçme hızı oda büyüklüğüne göre ayarlanabilir.

Ultraviyole lamba ve karbon filtre 1 yıl süre ile dayanır. Diğer bir deyişle 7500 saat devamlı çalışabilir. Diğer bir özelliği de civa buharları, dezenfektanlar, sterilizasyonda kullanılan ajanlar ve akrilik gibi maddelerden çıkan zararlı buharları elimine eder.

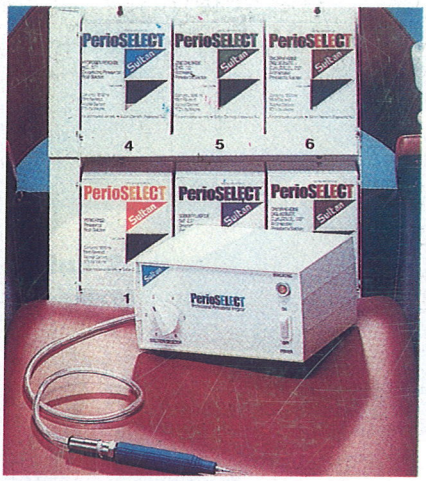
Le-han Canada Inc.

CLINISEPT (Kodak Ektaspeed E - Barrier packet film): Her pakette 100 adet film bulunur. Işınlama süresi Kodak Ultraspeed D grubu filmlere göre % 50 daha azdır. Kontaminasyonu önlemek için film naylon bir muhafaza içine konmuştur. Film ekspoz edildikten sonra bu naylon muhafaza yırtılır ve film kuru olarak banyo edilmeğe götürülür. Filmi kontamine eldivenlerle tutmamak gerekir.

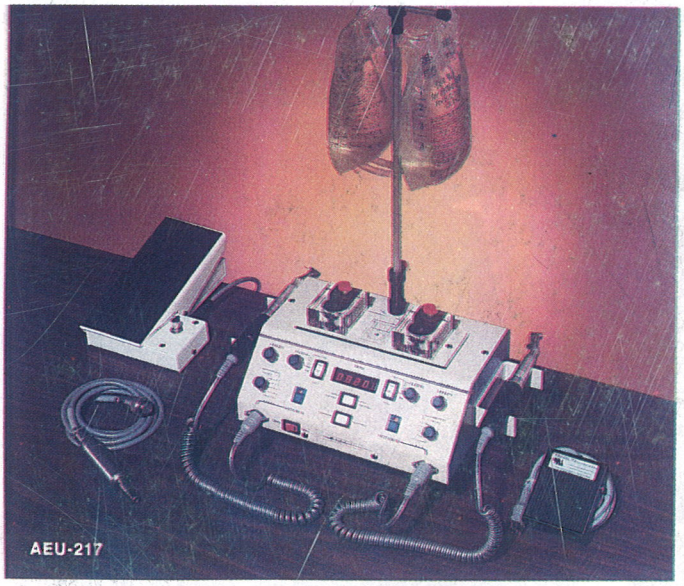
Eastman Kodak Company
Rochster, New York 14650 U.S.A.

Güney Diş Deposu
Karanfil Sok. 47/6 Kızılay - ANKARA
Telf: 417 17 14 - 418 95 05,
Teleks 46693 ankg tr
Fax: 417 17 10

(*) *H.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*



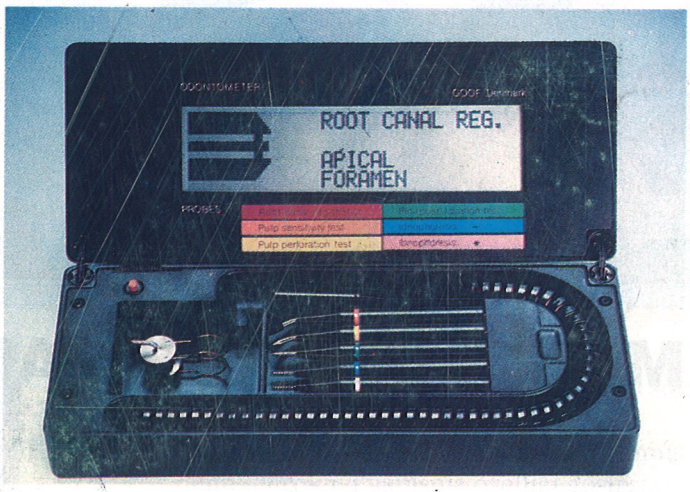
Resim 1. *Perioselect*



Resim 2. *Electric surgey / Implant systems (AEU - 217)*



Resim 3. *Nebucid 880 (No touch system*



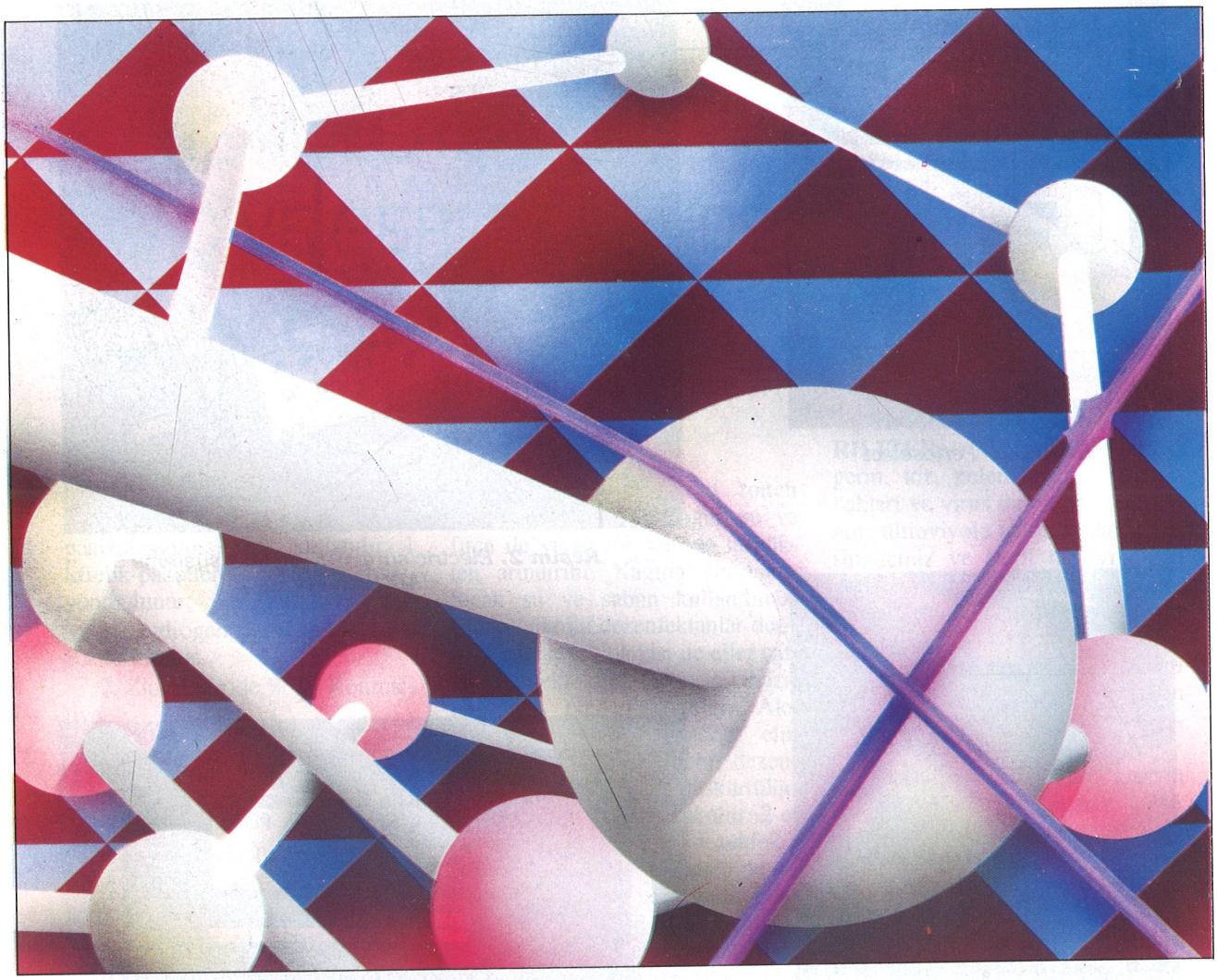
Resim 4. *Odontomer.*



Resim 5. *Ultraviolet air sterilizer.*



Resim 6. *Clinisep (Kodak ektaspeed E film)*

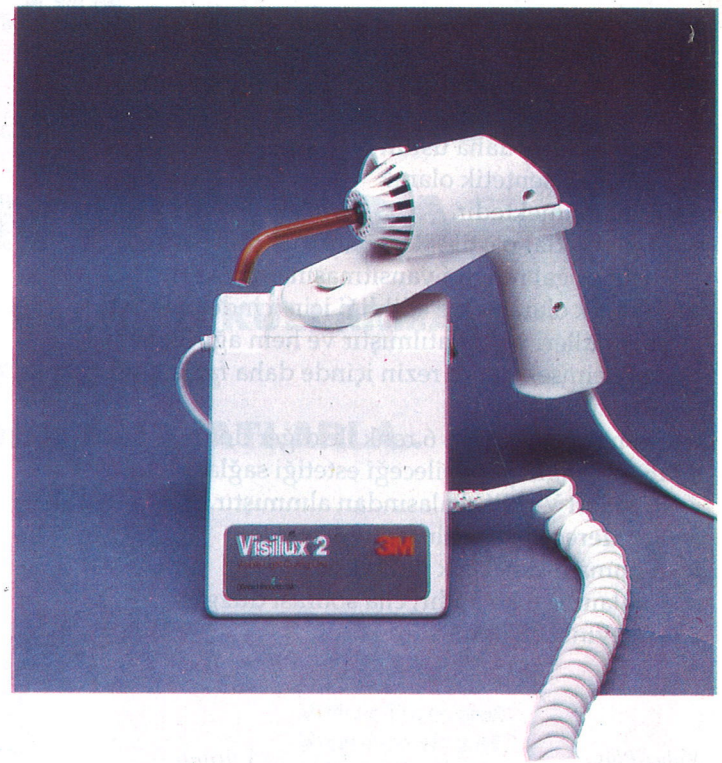


MÜKEMMELİĞE YAKINDAN BAKIŞ

3M

Visilux 2

Bir ışın tabancasının en iyi olması onun en iyi **polimerizasyon** yapması anlamına gelir. Bu da ışın yoğunluğunun yüksekliği ile mümkündür. **3M Visilux 2**'nin en iyi polimerizasyon sağladığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. (*)



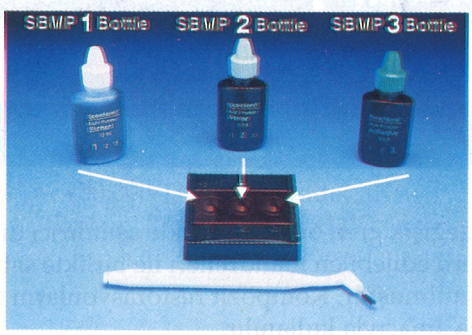
- **Visilux 2**, fan sistemi ile ısınmadan dolayı oluşabilecek problemleri ortadan kaldırır.
- **Visilux 2**, voltaj regülatörüne sahiptir. Voltaj değişikliklerinden etkilenmez.
- **Visilux 2**, 75 watt tungsten/halojen ampulü ile ortalama 20 sn'lik 4000 kullanıma dayanıklıdır. (Daha sonra ampul yenilenerek kullanıma devam edilir)
- Satın alma tarihinden itibaren 1 yıl garantilidir. Servisi ve yedek parçası vardır.

Işın yoğunluğunun diğer bazı markalarla kıyaslanması:

	Lux	Polimerizasyon %
Visilux 2	1168	100
A Marka	864	74
B Marka	848	72
C Marka	723	62
D Marka	712	61
E Marka	559	48
F Marka	255	22

(*) Referans: Amerikan Dişhekimleri Birliği (ADA) onayı ile. Araştırmacılar: 1. P.L. Fan, WT Wozniak WD Reyes, JW Stanford 2. McCabe, Carrick 3. Strang, Patterson, Mc Lundie

Scotchbond Multi Purpose Dental Adeziv





- Hem kuru hem de ıslak dentinde üstün sonuç veren bir bondingtir.
- Yüksek nemli ortamda (tükürükle ıslanmış dentine) çok iyi yapışma özelliği gösterir.
- Sklerotik dentine çok iyi yapışır.
- Direkt kompozit restorasyonlarda, porselen laminatelerde, porselen tamirinde, kompozit tamirinde ve eski amalgamın üzerini kompozitle kapatmakta kullanılır.
- Uygulaması çok hızlı ve kullanımı kolaydır.
- Asiti fosforik asit değil, maleik asittir. Bu nedenle asitleme işlemi sadece mineyle sınırlı kalmayıp dentine de uygulanır.
- Dentine asit + primer uygulaması ile dentinal smear tabakası ortadan kaldırılarak daha etkili adezyon sağlanır.

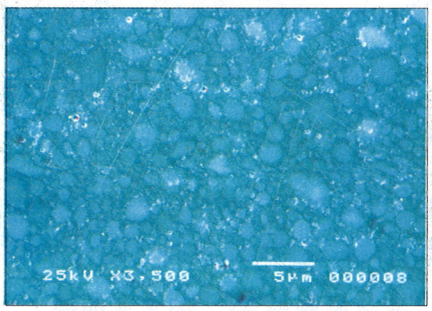
3M

Valux Plus Restoratif

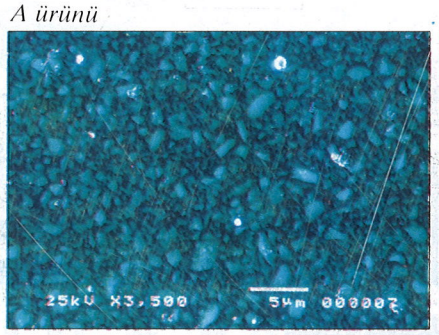
- Hem ön hem arka dişlerde kullanılabilen bir dolgudur.
- Tamamen yeni bir teknoloji ile üretilmiş olup, monomodal dolgu partikülleri içerir. Monomodal hibritten çok daha üstün bir teknoloji sonucu ve tamamen sentetik olarak üretilebilmektedir.
- Monomodal partiküller estetik üstünlük sağlar. Dişin doğal rengini yansıtmasına izin verir.
- Sentetik olarak elde edildiği için içindeki dolgu partikülleri yuvarlatılmıştır ve hem ağırlık hem de hacimsel olarak rezin içinde daha fazla dolgu partikülü bulunur.
- 6 rengi mevcuttur. 6 renk ile diğer dolgulardaki 16-17 rengin yapabileceği estetiği sağlar. Renkleri Vita™ skalasından alınmıştır.
- Eşit derecede translusent ve opaktır.
- Aşınma direnci çok yüksektir.
- Cilalanması kolaydır, cila sonrası düzgün yüzeyini çok uzun süre korur.



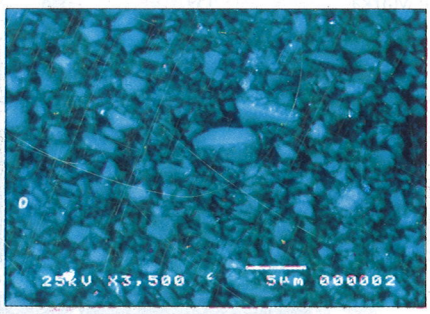
Valux Plus



A ürünü



B ürünü



Vitrebond Cam İyonomer Simanı

- Dişe yapışması çok kuvvetlidir.
- Uzun süre florür serbestleştirerek sekonder çürüğü önler.
- Işıkta sertleştiği için çalışma zamanı bütün simanlardan daha uzun, sertleşmesi ise en kısadır (30 sn). Kompozitlerin ve amalgamın altında bilinen en iyi kaide maddesidir.
- Isı değişikliklerini iletmez.
- Asitlenme işleminden etkilenmez.
- Dentinde çürük temizleme haricinde bir işlem gerektirmez.
- Radyopaktır.
- Küçük çürüklerde Vitrebond+Bonding+Valux Plus ve Fissür örtücü kullanarak koruyuculuk sağlanabilir.

Sof-Lex

4 değişik gren büyüklüğünde aşındırıcı diskler, steril edilebilen mandrelleri ile birlikte satışa sunulmuştur. Kompozit restorasyonların tümünde cila amacıyla kullanılır.



... AVRUPA VE AMERİKA'NIN GÜÇLÜ İSMİ

3M

1 EYLÜL-30 KASIM 1993 TARİHLERİ ARASINDAKİ

KAMPANYASINDA

SİZLERİ DE ÜSTÜN KALİTEYİ KULLANMAYA DAVET EDİYOR.

ÜSTELİK İNANILMAZ FİYATLARLA..

1. PAKET

Visilux 2
Valux Plus set
Vitrebond set
Sof-lex set

400.000 TL+KDV Peşin
1.600.000 TL X 6 Ay vade
Toplam: 10.000.000 TL+KDV

2. PAKET

Valux Plus set
Vitrebond set
Sof-lex set

650.000 TL+KDV Peşin
500.000 TL X 4 Ay vade
Toplam: 2.650.000 TL+KDV

3. PAKET

Valux Plus tek tüp 5 adet
Scotchbond
Multi Purpose set

400.000 TL+KDV Peşin
400.000 TL X 4 Ay vade
Toplam: 2.000.000 TL+KDV

4. PAKET

Valux Plus tek tüp
4 tüp alana 5.si bedava

200.000 TL+KDV Peşin
250.000 TL X 4 Ay vade
Toplam: 1.200.000 TL+KDV

Deponuzdan israrla isteyiniz. Sorunlarınız ve daha fazla bilgi için 3M San. ve Tic. AŞ.'den Dt. Harika Gökçesu'yu arayabilirsiniz.

3M SANAYİ VE TİCARET AŞ.
Büyükdere Cad. Noramin İş Merkezi 414-416 Maslak 80670 İstanbul
Tel: 285 23 33 (7 Hat)
Fax: 276 40 86

3M

TÜRK KOZMETİK SEKTÖRÜNDE "KALİTE BÜTÜNLÜĞÜ" ANLAYIŞI İLK KEZ BELGELENDİ.





TS-ISO-9002

Elida Kozmetik'in mükemmellik anlayışı Dünya çapında onaylandı. Liderliği Türkiye'de bir kez daha belgelendi.
Elida Kozmetik TS-ISO-9002 Kalite Güvence Belgesi aldı.

TS-ISO-9000 serisi standartlar, üretilen mal ve hizmetin ilk defasında doğru ve kaliteli yapılmasını hedef alan "yönetim sistemi" standartlarıdır. Hammadde seçiminden üretime, tesislerin özelliklerinden ürünlerin en iyi şekilde tüketiciye ulaştırılmasına kadar ürün ve ürünleri üretenlerle ilgili bütün kalite ölçütlerini içerir. Bir kuruluşun ISO-9000 standartlarına uygunluk belgesi alması, o kuruluşun dünya çapında bir kalite bütünlüğüne ulaştığını belgeler. Elida Kozmetik'in üretimi TS-ISO-9002 kapsamındadır. Bugün; Türk Kozmetik Sektöründe TS-ISO-9002 standartlarında üretim yaptığı belgelenen ilk ve tek kuruluş Elida Kozmetik.

Lider Elida Kozmetik, Uluslararası standartlarda ürettiği ve ithal ettiği **Signal, Close-up, Pond's, Vaseline Intensive Care, Elidor, Elidor Energy, Clear, Reward, Impulse, Gibbs, Axe, Brut** ürünleri ile dünya kalitesini Türkiye'ye getirmiştir.

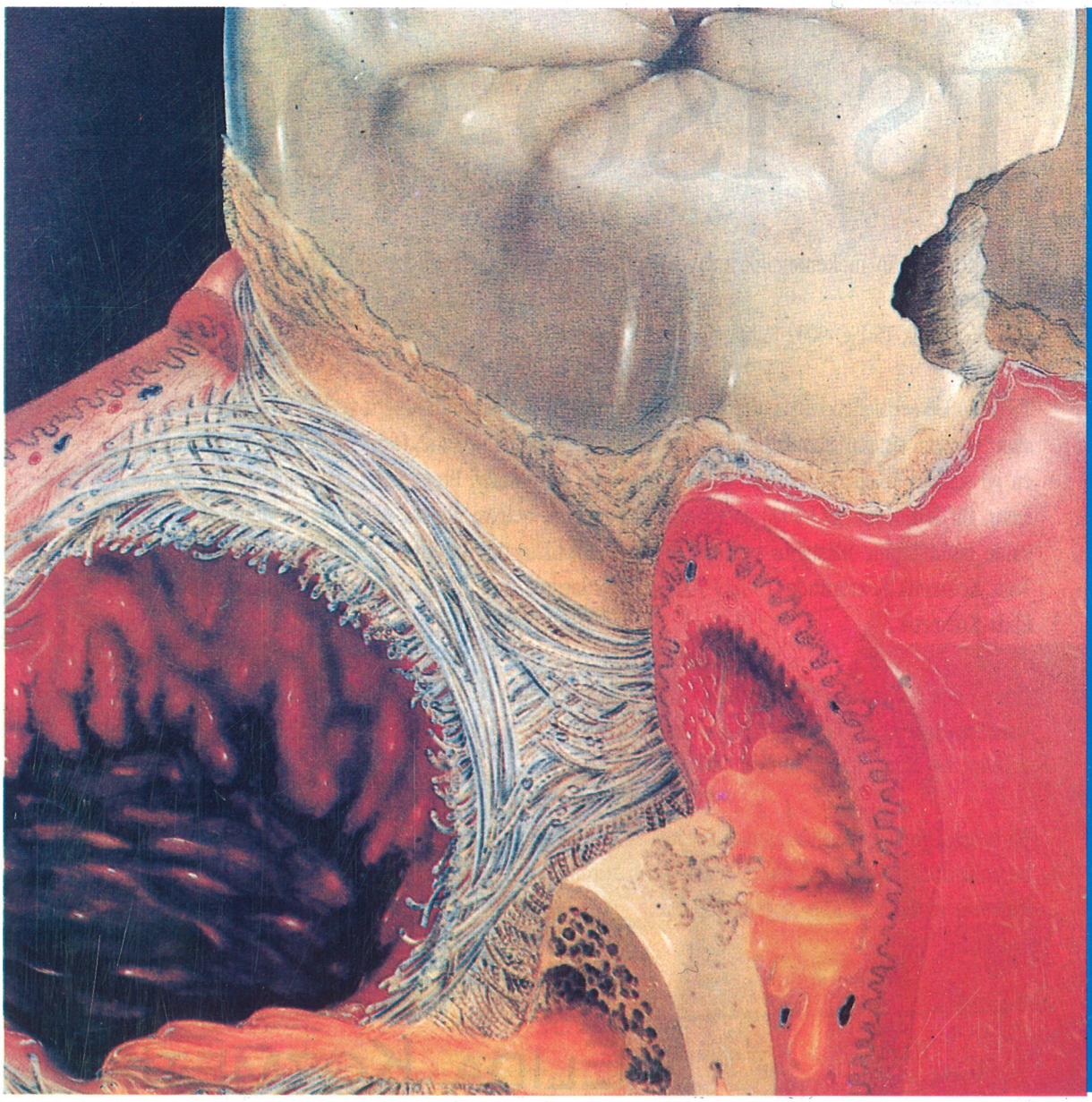
Bu belge; Dünya kalitesiyle aynı düzeydeki ürünlere verildi. Bu belge; Elida Kozmetik'in "kalite bütünlüğü" ilkesine verildi. Bu değerli belgeyi korumak, yeni ürünlerine taşımak, Elida Kozmetik'in tüm insanlara ve ülkesine karşı sorumluluğudur.

EK
ELİDA KOZMETİK

Cliacil®

etken madde: fenoksimetilpenisilin potasyum

dental enfeksiyonlar ve bakteriyel endokardit profilaksisinde etkin, güvenli ve ekonomik yaklaşım



Ürün Bilgisi

Bileşimi: Cliacil 1.2 Mega: her filmtablette 1.200.000 E.Ü. fenoksimetilpenisilin potasyum (780 mg), Cliacil kuru şurup: her ölçekte (5 ml) 300.000 E.Ü. fenoksimetilpenisilin potasyum (195 mg) **Endikasyonları:** Angina tonsillaris, bronşit, bronkopnömoni, sinüzit, otitis media (H.influenza'nın neden olduğu hariç), erizipel, kızıl, romatoid ateş profilaksisi, endokardit profilaksisi, romatoid ateş. Diş hekimliğinde: komplike abseler, gingivit, stomatit, infeksiyon profilaksisi (diş çekimleri vb.), antrum perforasyonları, infiltrasyonları **Kontrendikasyonları:** Penisilin allerjisi; **Uyarı:** Sefalosporinlerle çapraz allerji olasılığına dikkat edilmelidir. **Yan Etkileri:** Bulantı, kusma, ishal gibi gastrointestinal bozukluklar (nadirdir, genellikle ilacın kesilmesini gerektirmez). **Ticari Şekilleri:** Cliacil 1.2 Mega: 20 filmtablet 39.000 TL., Cliacil kuru şurup: 150 ml şurup hazırlanması için 60 gr. granüle 39.000 TL (Şubat 1992) Reçete ile satılır. Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. Türk-Hoechst San. ve Tic. A.Ş. Davutpaşa Cad. 145, 34020 Topkapı-İstanbul.

Hoechst

DENTİN ADEZİVLERİNİN TUTUNMA MEKANİZMALARI

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

Engin KOCABALKAN (*)

ÖZET

Restorasyonların diş dokusuna tutunması üzerine yapılan araştırmalarla ilgili literatür oldukça geniş olup, maddelerin tutunma kuvvetlerinin saptanması, elektron ve infrared spektroskopi kullanılarak yapılan karmaşık biyokimyasal analizler bu araştırmaların temelini teşkil etmektedir. Özellikle sert dentin dokusuna maddelerin adezyonu büyük ilgi alanı teşkil etmektedir. Dentin dokusuna bağlanmada kullanılan dentin adezivlerinin tipleri ve tutunma mekanizmaları bu derleme içerisinde özetlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Dentin, adezivler, kompozit, asitle yüzey pürüzlendirme

SUMMARY

ADHESİON MECHANİSMS OF DENTİNAL ADHESİVES

The bonding of dental materials to tooth structure remains one of the most heavily researched areas. The literature is voluminous and can range from simple testing of bond strength of materials, to complex biochemical analysis with electron or infrared spectroscopy to investigate the chemical makeup of the bond site. Studies of adhesion to dentin makeup a large part of the literature in this review. In this paper was summarized the types and the mechanisms of dentinal adhesives.

Key words: Dentin, adhesives, composites, acid etching

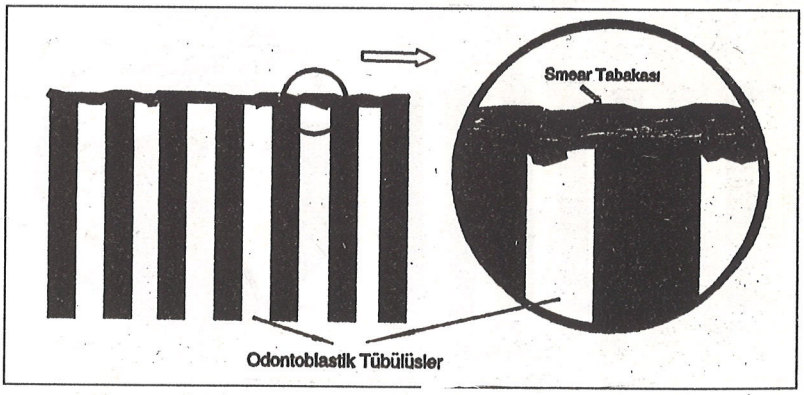
Mine yüzeyine restosayonların tutunmasında asitle yüzey pürüzlendirme yöntemi büyük başarı sağlamıştır. Elde edilen bu başarıdan yola çıkılarak, mineden farklı yapısal özelliklere sahip olan dentine, resinlerin aynı başarıyla tutunmasının sağlanması amacıyla yoğun çalışmalara başlanmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen verilere dayanılarak üretilen birtakım yeni maddelerle dentin-resin bağlanmasında büyük aşamalar kaydedilmiştir. Bu dentin adezivlerinden yaygın olarak kullanılmakta olan bir kısmının yapısı Tablo 1'de sunulmuştur. Tutunma mekanizmasının daha kolay anlaşılabilmesi için, mine ve dentinin bazı yapısal özelliklerinin bilinmesi gereklidir[2,3,5].

Mine dokusu, ağırlığının % 95'i oranında inorganik hidroksilapatit, % 4 su ve % 1 oranında da organik kollagen içermektedir. Doğal olarak hidrofilik özellikteki mine yüzeylerinde asitle pürüzlendirme yöntemiyle elde edilen mikroçukurcuklara kuru ortamda hidrofobik özellikteki resin materyalinin tutunması sağlanabilmektedir[3,7].

Diğer taraftan dentin, ağırlığının % 70'i oranında inorganik hidrosilapatit, % 18 kollagen ve % 12 oranında da su içermektedir. Dentin aşırı hidrofilik özelliklere sahip bir dokudur. Mikroçukurcukların oluşturulmasında ve dentin tübülüsleri içerisine sıvıların geçişindeki zorluklar, hidrofobik özellikteki resinin dentin yüzeyine tutunmasını komplike hale getirmektedir [3,5,7].

Dentin Yüzeyindeki Smear Tabakası ve Adezivlerin Bu Tabayla İlişkileri:

Diş yapısı herhangi bir amaçla prepare edildiğinde ortaya çıkan dentinal tübülüslerle direkt temasta olan özel yapıdaki yüzeysel tabakaya smear tabakası denir. Bu tabaka dentin üzerine kısmen tutunmakta olup, kesilen diş dokusu artıkları, tükrük, bakteri ve diğer yüzey birikintilerini içermektedir. Dentine tutunma amacıyla kullanılan adeziv maddeler, bu tabakayla farklı yöntemlerle ilişki sağlamaktadır[2,6].



Şekil 1: Smear tabakasının korunarak tutunmanın sağlanması

(*) G.Ü. Dişhek. Fak. Protet. Diş Ted. ABD., Ar. Gör. Dr. Dt.

Tablo 1 : Bazı dentin adezivleri ve materyal yapıları

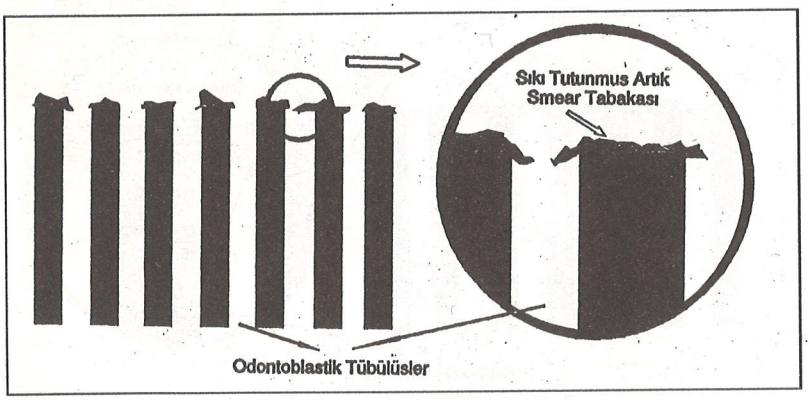
ÜRÜN ADI	ÜRETİCİ FİRMA	DENTİM DÜZENLEYİCİ	PRİMER			ADEZİV	
			ÇÖZÜCÜ	MONOMER	ADEZİV DESTEKLEYİCİ	MONOMER	ADEZİV DESTEKLE.
GLUMA	Bayer Dental	% 17 Nötral EDTA	% 60 Su	% 35 HEMA	% 5 Glutar-aldehit	% 45 TEG-DMA % 55 Bis-GMA	Yok
MİRAGE BOND	Myrons Int.	%2,5 Nitrikk Asit	% 96 Su	Yok	%5 N-Phenyl-giycine	% 90 Aseton % 10 PMDM	Yok
SCOTCHBOND 2	3M	Yok	% 40 Su	% 55 HEMA	% 5 Maleik Asit	% 37,5 HEMA %62, 5Bis-GMA	Yok
TENURE	Den-Mat	% 3,5 Aluminyum Oksalat, %94 Su % 2,5 Nitrik Asit	% 95 Aseton	%5 NTG-GMA	Yok	% 10 PMDM % 90 Aseton	Yok
TRIPTON	Coe Labora-tuaries	% 0,1 Polihexa-nide	Yok	Yok	Yok	% 70 TEG-DMA % 15 Üretan Dimetakrilat	% 10 Fosfat Monomer
UNIVERSAL BOND 2	Caulk	Yok	% 64 Etanol	% 30 HEMA	% 6 Fosfat Esteri PENTA	% 25 TEG-DMA % 50 Üretan Dimetakrilat	% 4.5 PENTA % 0,5 Glutar Aldehit
XR BOND	Kerr	Yok	% 46 Su	% 50 Etil	% 3,75 Fosfat Esteri Monomerler	% 30 TEG-DMA % 60 Üretan Dimetakrilat	% 10 Fosfat Monomer

1. Smear Tabakasının Korunarak Tutunmanın Sağlanması:

Bu tabaka dentin dokusunun permeabilitesini azaltmaktadır. Smear tabakası koheziv kuvvetleri ve mikroçukurcukları artırarak kuru dentin yüzeyine hidrofobik özellikteki bağlayıcı maddelerin tutunmasını sağlamaktadır (Şekil 1.) Ancak tutunma yönünden pürüzlendirilmiş mine yüzeyine göre, dentine bağlanma kuvvetlerinde zayıflığa neden olmaktadır. Bu nedenle, yeni dentin bağlayıcı sistemlerinde, bağlanma öncesi bu tabakanın ya tamamen ortadan kaldırılması veya büyük oranda değişikliğe uğratılması uygulamasına gidilmiştir[1,4,8].

2. Smear Tabakasının Ortadan Kaldırılarak Tutuculuğun Sağlanması:

Çeşitli aletlerle veya pomza tozu kullanılarak kaldırılması mümkün olmayan smear tabakası bazı özel asitlerle kolayca ortadan kaldırılabilir (Şekil 2). Ancak, bu asitlerin bir kısmı dentin uzantılarını da ortadan kaldırmakta ve aynı zamanda dentin tübülüslerinin giriş ağızlarını genişleterek permeabiliteyi arttırmakta ve intertübüler sıvıların yüzeye ulaşmasına neden olmaktadır. Ortaya çıkan bu durumlar tutunma kuvvetlerinin azalmasına neden olmaktadır. Cam iyonomer simanlar gibi bazı dentin bağlayıcı sistemler, poliakrilik asit uygulamasıyla smear tabakasının kaldırılmasını sağlayarak tutunmayı gerçekleştirmektedir. Fosfonat ajanlarının kullanıldığı diğer bazı dentin bağlayıcı sistemlerde smear tabakasını asitle kaldırıldığında tutunma kuvvetlerinin yarıdan fazla oranda azalmasına neden olunmaktadır[2,4].



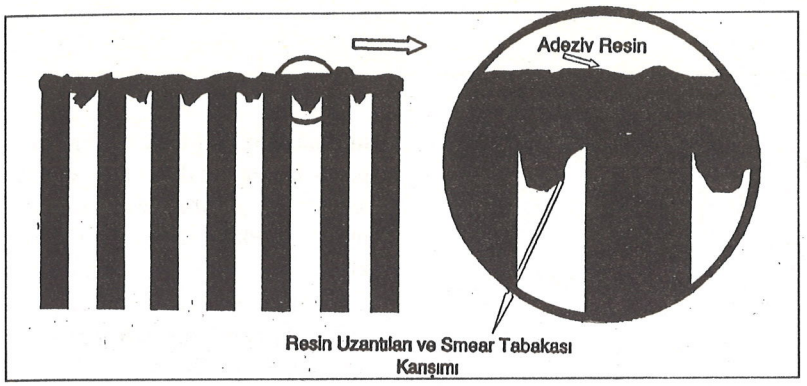
Şekil 2 : Smear tabakasının ortadan kaldırılarak tutuculuğun sağlanması

3. Smear Tabakasında Değişiklik Yaparak Tutunmanın Sağlanması:

En son dentin bağlayıcı sistemlerde kullanılan primerler, bir taraftan smear tabakasını kısmen kaldırırken, diğer taraftan bu tabakayı ve peritübüler sahayı kısmi olarak demineralize edebilmektedir (Şekil 3). Yaratılan bu değişim mikromekanik penetrasyonu arttırmakta ve dentin yüzeyine daha sıkı olarak bağlanmayı sağlamaktadır [2,9].

Dentin Primerlerinin Tutunmayı Sağlayıcı Mekanizmaları:

Sıvı halinde bulunan primerler, daha yüksek kuvvete ve uygun bağlantı sağlamaya yardımcı olduklarından, piyasada bulunan geçerli dentin bağlayıcı sistemlerinde kullanılmaktadır. Bunların içerdik-



Şekil 3: Smear tabakasında değişiklik yaparak tutunmanın sağlanması

leri dentin şartlandırıcı maddeler; EDTA, nitrik asit ve polyhexydine'dir. Bu maddeler genellikle, smear tabakasını kaldırarak dentin yüzeyini temizler. Primerler yapılarında hidrofilik monomerleri içerirler ve uygulamaları sonrasında diş yüzeyini kuru halde bırakırlar. Kullanılan bu primerlerin adezyona katkıları şu şekildedir[1,2,5];

1. Temas açısını azaltarak yüzeyi ıslatarak hidrofobik resinle hidrofilik diş dokusu arasındaki teması arttırırlar.

2. Eğer smear tabakası mevcut ise, bu tabakanın permeabilitesini arttırırlar ve smear tabakasına resin adezivlerin penetrasyonuna izin verirler.

3. Diş yüzeyinde mikromekanik tutunmayı sağlarlar. Primer, yüzeylere bağlayıcı ajanın mikromekanik olarak kilitlenmesini sağlarlar.

4. Farklılaştırılmış smear tabakası ve dentin yüzeyleri arasındaki kimyasal etkileşimi arttırarak kimyasal bağlanmayı sağlarlar.

Dentin Adezivi (Bağlayıcı Ajan):

Bağlayıcı özellikteki bu doldurulmamış resin madde, primer ve kompozit arasında bir ara yapı teşkil eder. Burada sağlanan bağlanmanın esasları şunlardır[1,2,9];

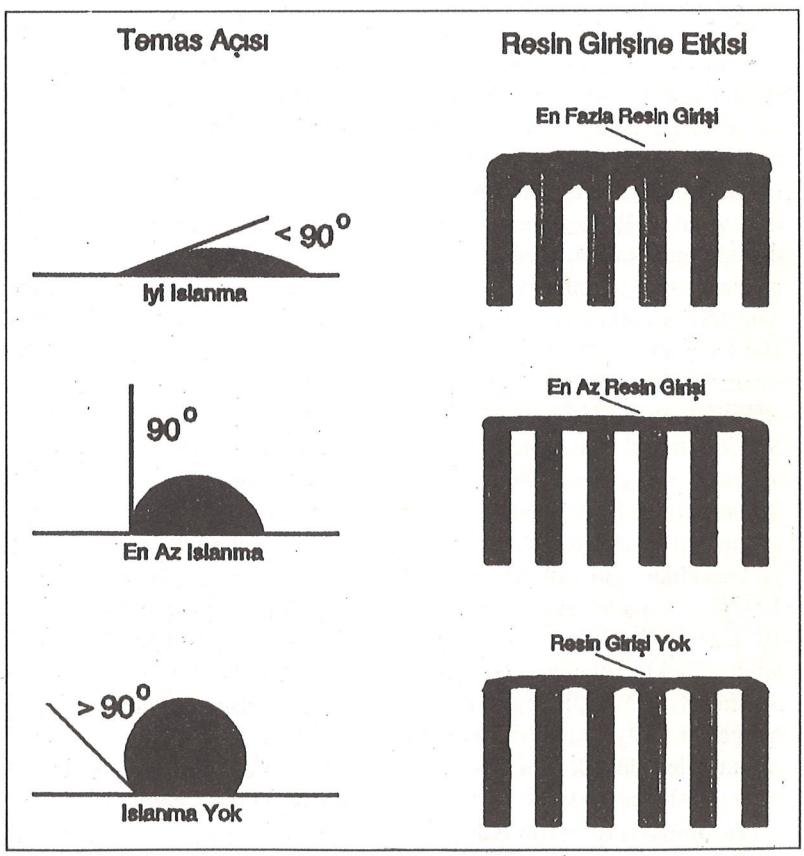
1. Primere kovalent olarak bağlanırlar. Bağlanma mekanizmasındaki bu anahtar yapı hidrofilik primer ve hidrofobik resin arasında bir ara hat teşkil eder.

2. İlave mikro ve makromekanik yüzey tutunmasını sağlar. Buradaki bağlanma kuvvetlerinin büyük kısmı adeziv ıslatırlık ve diş yüzeyindeki pürüzlere kilitlenmeden dolayı meydana gelir. Yüzey ıslatabilme adeziv sistemlerden istenen temel ve gerekli özelliktir. Şekil 4'de yüzey adezyonuna ıslatabilirliğin etkisi açıklanmaktadır.

3. Çoğunlukla iyonik, bazı zaman da kovalent olarak kimyasal bağlanmayı sağlar. Maddelerin bir kısmı kimyasal adezyon arttırıcı fosfat, flutaraldehit veya diğer kimyasal aktif ajanları ihtiva etmektedirler.

KAYNAKLAR:

1. *Bowen, R.L.: Bonding Agents and Adhesives : Reactor Response, Adv. Dent. Res., 2:155-157, 1988.*
2. *Erickson, R.L.: Mechanism and Clinical Implication of Bond Formation for Dentin Bonding Agents, Am. j. Dent., 2: 117-123, 1989.*
3. *Monteior, S., Sigurjons, H., Swartz, M.L., Phillips, R.W., Rhodes, B.F.: Evaluation of Materials and Techniques for Restoration of Erosion Areas, J. Prosthet. Dent., 55 : 434 - 442, 1986.*
4. *Munksgaard, E. C., Asmussen, E.: Bond Strenghth Between Dentin and Restorative Resins Mediated by Mixtures of HEMA and Glutaraldehyde, J. Dent.Res., 63 : 1079 - 1089, 1984.*
5. *Phillips, R.W.: Bonding Agents and Adhesives, Adv. Dent. Res., 2 : 150 - 154, 1988.*
6. *Prati, G., Biagini, C., Nucci, C., Rizzoli, C.: Bond Strength and SEM Evaluation of Dentin Bonding Agents, J. Dent. Res., 69 : 231 - 235, 1990.*
7. *Sparrius, O., Grossman, E.S.: Marginal Leakage of Composite Resin Restorations in Combination with Dentinal and Enamel Bonding Agents, J. Prosthet. Dent., 61 : 678 - 684, 1989.*
8. *Van Noort, R.: Dental Materials: 1991 Literature Review, J. Dent., 21 : 5 - 30, 1993.*
9. *Yu, X. Y., Davis, E. L., Joynt, R. B., Wieczkowski, G.: Origination and Progression of Microleakage in a Restoration with a Smear Layer - mediated Dentinal Bonding Agent, Quint. Int., 23 : 551 - 555, 1992.*



Şekil 4 : Yüzey adezyonuna ıslatabilirliğin etkisi

FDI'nın bu yıl 29 Ağustos - 2 Eylül tarihleri arasında Göteborg'da yapılan Kongresine de önceki yıllarda olduğu gibi Birliğimizi temsilen Genel Başkan Eser Cilasun, Başkan Vekili Celal Yıldırım ve Demir Temuçin katıldı.



FDI Göteborg Kongresi'nde TDB delegasyonumuz

Bu tür toplantılara katılmanın en büyük yararı Birliğimizin ve Ülkemizin Uluslararası platformlarda tanıtılması ve temsil edilmesidir. Bunun ötesinde FDI Genel sekreteri Ake Zillen ile bir özel görüşme yapılarak 1994 Uluslararası Kongremiz için konuşmacı göndermelerini istedik. Duyurularımızda, gönderdikleri konuşmacının FDI tarafından desteklendiğini ifade etmemizi talep ederek, istediğimiz konuşmayıcı gönderebileceğine söz verdi. Daha sonra ERO Başkanı ve Genel Sekreteri ile bir toplantı yatık. Bu toplantıda da ERO'nun 1996 Kongresi'nin İstanbul'da yapılması kararlaştırıldı ve bunun ayrıntıları görüşüldü.



FDI Göteborg Kongresi'nde II. Uluslararası İstanbul Kongresi'nin afişleri asıldı



FDI'dan bir görüntü

KAMPANYA'YA SAĞLIK BAKANI SERDAROĞLU'NDAN DESTEK...

21 Ekim 1993 tarihinde Türk Dişhekimleri Birliği Yönetim Kurulu Üyeleri, Sağlık Bakanı Rıfat Serdaroğlu ile bir görüşme yaptılar. Görüşmenin ana konusu "Ulusal Ağız Diş Sağlık Kampanyası" oldu. Sağlık Bakanlığı'nca desteklenen kampanyanın ayrıntıları açıklanırken, çeşitli konularda görüş alışverişinde bulunuldu. Kampanya sırasında çıkabilecek bazı sorunların çözümünde Bakan Serdaroğlu doğrudan yardımcı oldu. Örneğin ücretsiz muayene sırasında herhangi bir vergi denetimi sorunu olmaması için, Sayın Serdaroğlu Maliye Bakanı İsmet Atilla ile görüşme yaptı.

Toplantıda ayrıca, kamu dişhekimlerinin sorunları gündeme getirildi. Sağlık personelinin özlük haklarında iyileştirmenin gerekliliği vurgulanırken, dişhekimlerinin meslek risklerinin gözönüne alınması ve uzman hekime eş bir iyileşme sağlanması gerektiği belirtildi. Bakan Serdaroğlu, hekim ve dişhekimini ayrı görmediğini vurguladı. Yönetim Kurulu Üyesi Dt. Farik Erisev kamu dişhekimlerinin özlük hakları ve sorunları hakkında ayrıntılı bir raporu, Bakan'a sundu.

Görüşmede son olarak Oda Disiplin Kurulu cezalarının uygulanmasında doğan zorluklar açıklandı. Bakanlık Hukuk Müşavirliğince, 3224 sayılı Yasa'daki boşluktan kaynaklanan bu durum hakkında, Danıştay'dan yazılı görüş istendiği öğrenildi.

1. Ulusal Diş ve Ağız Sağlığı Günleri Kampanyası

Türk Dişhekimleri Birliği ilk defa Singal'in katkısı ile tüm yurt çapında 3 hafta süren bir kampanya gerçekleştirdi. Başta İtalya olmak üzere bir çok ülkede yıllardan beri benzerleri yapılan kampanyanın, Türkiye'de ilk olması bazı güçlükler yarattı. Kampanyaya katılım mektuplarının gönderilmesi zamanının, posta çalışanlarının iş yavaşlatma eylemi yaptığı günlere çakışması postada gecikmelere neden oldu. Bu nedenle başvuru süresinin dolmasından sonra ele geçen önemli sayıda meslektaşımızın başvurusu değerlendirilemedi. Kampanyaya destek paketlerinde plak boyama tabletlerinin eksik olması bir diğer eksiklik oldu. 2690 dişhekimi için piyasada yeterli plak boyama tabletinin olmaması nedeniyle öngörülenden az sayıda tablet paketlere konabildi. Bu arada paketlerin hazırlanması da gecikti. 100'den fazla üyemizin paketi kampanya başladıktan sonra ellerine geçebildi.

Tüm bunlara karşın kampanyanın büyük bir ilgi yarattığı, toplum önünde dişhekimi imajını güçlendirmede, önemli bir rol oynadığı belirtilmelidir. Kampanya sırasında diş ve ağız sağlığının önemi yüzyüze ilişkiler ile halka anlatılma olanağı doğmuştur.

Bu arada muayene ve tedavi kavramlarının karıştırılması bazı sorunlar doğurmuş, kampanya sırasında kimi insanların tedavilerin de ücretsiz yapılacağı şeklinde beklentiler içine girdiği görülmüştür. Kampanya dişhekimi muayenesinin önemini göstermek açısından da önemli bir işlev yerine getirmiştir.

Dergimiz basıma hazırlanırken ben henüz kampanyanın sürmesi nedeniyle bu konuda ayrıntılı bir değerlendirmeyi önümüzdeki sayıya bırakıyoruz.

ADAA II. KONGRESİ

II. Amerikan dişhekimi yardımcıları (Dental Assistants) kongresi 4 - 8 Kasım 1993 tarihinde (ADAA Kongresinden hemen önce) San Fransisco (California - ABD)'da ADAA'nın (American Dental Assistants Association) 26.000 üyesi var. Kongre programında, enfeksiyon kontrolü, radyasyon güvenliği, amalgam ve dental materyaller, hukuki sorunlar, dişhekimi yardımcısının eğitimi ve geleceği gibi konular var.

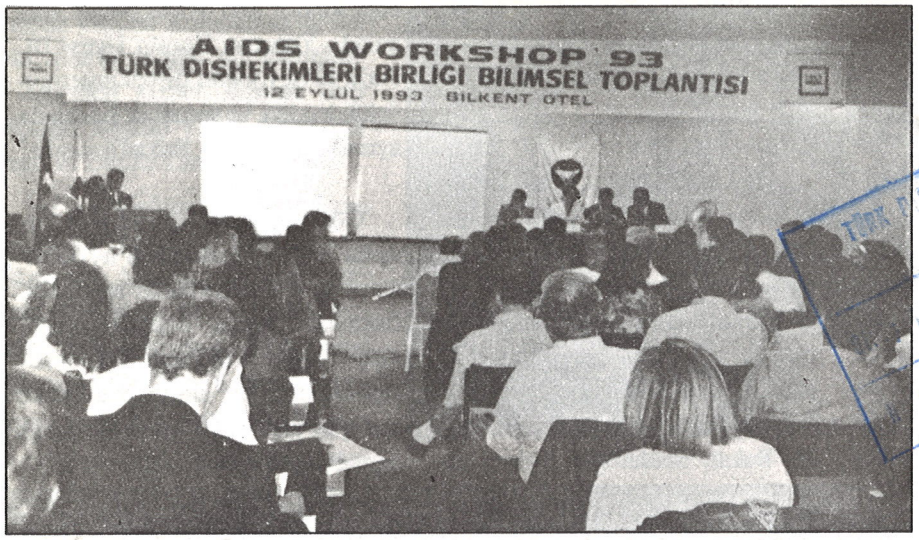
Bursa Dişhekimleri Odası
16-113 nolu üyesi
Dt. İbrahim Özbey
06/06/1993 tarihinde vefat etmiştir.

Başsağlığı Dileriz.

TDB

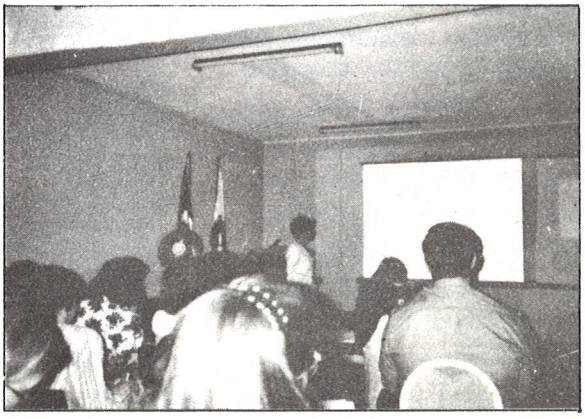
AİDS WORK SHOP

12 Eylül 1993 tarihinde Bilkent'de TDB, Eğitim Komisyonunca hazırlanan AİDS Work Shop'u yapıldı. 90 kişinin katıldığı toplantıyı Prof. Dr. Ferda Taşer yönetti









KAMPANYA ÖNCESİ ODA BAŞKANLARI TOPLANTISI

Dt. Salih GÜL
TDB Yönetim Kurulu Üyesi

Toplantıya Antalya (Oya ŞENBALK), Aydın (Hayri SALTAN), Bursa (Kadir DAYIOĞLU), Eskişehir (Ahmet ATAÇ), Hatay (Fuat KATİPOĞLU), İstanbul (Ayhan BERK, Tatyos BEBEK), İzmir (Ahmet CESUR), Kocaeli (Metin PAMUKÇU), Konya (Süleyman TAŞKAZAN), Manisa (Erşan AYDIN, Tevfik İŞCAN, Esin NARLI), Mersin (Muharrem ARMUTLU), Sivas (Remzi ÖZKAN) odaları ve Yüksek Disiplin Kurulu Başkanı Numan KUZANLI katıldı.

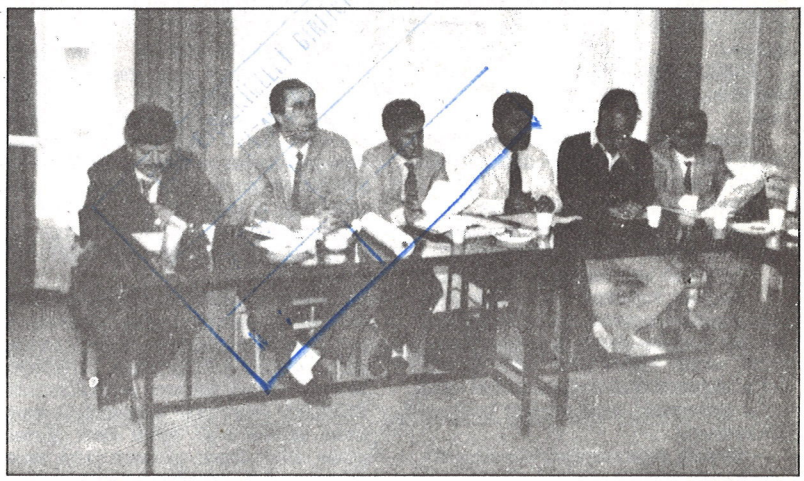
Birlik Yönetimi adına Başkan Vekili Celal Korkut YILDIRIM, Genel Sekreter Hüsnü ÇUHADAR, Üye Tayfun İRFAN, Cihat DOĞAN, Faruk ERİSEV, Süha ALPAY, Mehmet ÇAKMAKÇI ve Salih GÜL hazır bulundu.

Toplantının açılış konuşmasını Başkan Vekili Celal Korkut YILDIRIM yaptı. Daha sonra Genel Sekreter Hüsnü ÇUHADAR birlik çalışmaları hakkında açıklamalar yaparak 21 ekim 1993 tarihinde Sağlık Bakanı Sayın Rıfat SERDAROĞLU ile yapılan görüşme ve aynı gün Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Komisyonunda yapılan çalışmalar konusunda bilgiler sundu.

Toplantının en uzun bölümü TDB'nin düzenlediği "1. ULUSAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI GÜNLERİ" kampanyası idi. Birlik Yönetim Kurulu Üyesi Tayfun İRFAN 8-27 Kasım 1993 tarihleri arasında yapılacak kampanyanın ayrıntıları ve uygulama yöntemleri ile ilgili açıklamalar yaptı. Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği bütün dünyaya yaymaya çalıştığı dişleri numaralama yöntemi ve kodlama sistemi etrafında yoğunlaşan tartışmalar ayrıntılı bilgi aktarılması ile sona erdi.

Çalışmanın son bölümünde Başkan Vekili Celal Korkut YILDIRIM Haziran / 1994'de İstanbul'da yapılacak "2. ULUSLARARASI DİŞ HEKİMLİĞİ KONGRESİ" ile ilgili açıklamalarda bulundu.







Toplantı 14.30 sularında sona erdi. Hep birlikte öğlen yemeği için Mülkiyeliler Birliği'ne gidildi. Günboyu yapılan çalışmaların yoğunluğuna karşın yemekte konuşulan konuların çoğu mesleki sorunlar ve çözümleri idi.

Yemek sona erdiğinde Ankara'dan ayrılacak olanlar tekrar görüşmek üzere vedalaşırken o gece orada kalacak olanlar Genel Sekreter Hüsnü ÇUHADAR'ın organize ettiği akşam yemeği programında buluşmak üzere ayrıldılar.

KETOROLAK TROMETAMİN KULLANIMINA İLİŞKİN AÇIKLAMA

12.8.1993 tarihinde Türk ilaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi (TADMER)'den, Birliğimize gönderilen yazıda, ketorolak trometamin içeren ilaçların geniş ölçüte yanlış kullanıldığı belirtilip, gereken bilgiler sunulmuştur.

KETOROLAK TROMETHAMİN

TÜRKİYE'DE RUHSATLI İLAÇLAR Ketrodol 30 mg ampul ve Kedrodol 10 mg tablet (Deva)

Toradol 30 mg ampul ve Toradol 10 mg tablet (Abdi İbrahim)

Ketadon 30 mg ampul ve Ketadon 10 mg tablet (İlsan)

Lakdol 10 mg tablet (Santa Farma)

Trolon 10 mg tablet (Eczacıbaşı)

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ: Analjezik, antienflamatuvar ve antipiretik etkili bir nonsteroid antienflamatuvardır. Karaciğerde metabolize olur. Ketorolak ve metabolitleri esas olarak (% 90'dan fazlası) idrarla, geri kalan bölümü feçeşle atılır. Etkisini prostaglandin sentezini inhibe ederek gösterir.

ENDİKASYONLARI: Sadece post operatif ve şiddetli akut ağrıların kısa sürede tedavisi için kullanılır.

Analjezik etkisi diğer NSAI ilaçlardan önemli ölçüde farklı değildir. Morfinden daha etkili olduğu KANITLANMAMIŞTIR.

KONTRENDİKASYONLARI: - Astım

- Nedeni ne olursa olsun hipovolemi vakaları
- Dehidrasyon
- Peptik ülser veya koagülasyon bozuklukları
- Ketorolak tromethamin veya diğer steroid yapısında olmayan antienflamatuar ilaçlara hipersensitive durumları, aspirin veya diğer prostaglandin sentezi inhibitörlerine allerji durumları (böyle hastalarda ciddi anaflaksi benzeri reaksiyonlar gözlenmiştir), nazal poliplerin kısmi veya tüm sendromu,
- Hamilelik, doğum veya emzirme durumları
- Renal bozukluklar
- Karaciğer bozuklukları
- GI ve / veya serebrovasküler kanamanın şüphelenildiği veya teyit edildiği durumlar
- Hemorajik diyatez
- Yüksek kanama riski ameliyatlara giren hastalarda veya tamamlanmamış hemostazisli kişilerde
- Diğer steroid yapısında olmayan antienflamatuarların birlikte kullanıldığı durumlar
- Lityum tuzlarının birlikte alındığı durumlar
- Pentoksifilinin birlikte kullanıldığı durumlar
- Probenesidin birlikte kullanıldığı durumlar
- Phenytoinin birlikte kullanıldığı durumlar
- Digoxinin birlikte kullanıldığı durumlar
- Antikoagülan tedavi gören hastalarda
- 16 yaşın altındaki çocuklarda
- 65 yaşın üstündeki yaşlılarda

UYARILAR/ÖNLEMLER: PREOPERATİF İŞLEMLERDE, ROMATİZMAL HASTALIKLARDA KANSER GİBİ KRONİK HASTALIKLARDA ve belirtilen endikasyonlar dışında kesinlikle kullanılmaz.

65 yaşın üstündeki hastalar ile 16 yaşından küçük çocuklarda kesinlikle kullanılamaz.

Kullanıma karar verilmeden önce hastanın renal ve karaciğer fonksiyonları, hemoraji, GI sorunlar, koagülasyon sorunları, allerji hikayesi, hamilelik ve emzirme durumu, birlikte kullanıldığı diğer ilaçlar sorulmalı ve değerlendirilmelidir. Kontrendike vakalarda kesinlikle kullanılmamalıdır.

Ketorolak kısa süreli tedavi için endikedir. Intramusküler yolla 2 GÜNDEN DAHA UZUN SÜRE KULLANILMAMALIDIR. Oral yolla MAKSİMUM KULLANMA SÜRESİ 5 GÜNDÜR.

YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER: En önemli Advers etkileri, gastrointestinal ürselayon, kanama ve perforasyondur. Bu etkiler kullanımın herhangi bir anında ve herhangi bir belirti vermeden ortaya çıkabilir. Çeşitli ülkelerde yapılan ruhsatlandırma sonrası çalışmalar ve ilaç advers etkisi bildirimlerinden bu açıdan risk faktörleri şöyle saptanmıştır. 65 yaşın üstü, peptik ülser hikayesi, antikoagülanlar ve diğer NAI ilaçlarla birlikte tedavi, keterolak dozu, parenteral yolla 2 günü aşan tedavi.

Özellikle renal sorunları olan hastalarda, intersitiial nefritten akut böbrek yetmezliğine kadar değişen reaksiyonlar görülebilir. Anaflaksi, bronkospazm, vaskilür kollaps, ürkiter, anjiyoödem, Stevens - Johnson sendromu ve vesiküler bülloz döküntülerle ortaya çıkan hipersensitivite reaksiyonları da bildirilmiştir. Ayrıca ödem, görmede farklılık, astım, dispne, sık idrara çıkma, mental deprasyon, oliguri, stomatitis, sersemlik, hazımsızlık, diyare, başağrısı ve terlemede artış bildirilmiştir.

İLAÇ ETKİLEŞMELERİ: Paracetamol: parasetamol ve NSAI ilaçların uzun süre birarada kullanılması, renal advers etki riskini arttırabilir.

Adrenokortikoidler, glucokortikoid, alkol kronik kullanılan kortikotropin, potasyum suplemanları: Ketorolakla birlikte kullanımları, GI yan etki riskini arttırabilir.

Antigoagülanlar, kumarin veya indadion türevleri, heparin, trombolitik ajanlar (altepase, anstreplase, streptokinase, ürokinase gibi): Ketorolak, platelet agregasyonunu inhibe ettiğinden ve GI ülserasyon ve kanamaya yol açma potansiyeli bulunduğundan, antikoagülan veya trombolitik tedavi gören hastalar için tehlike yaratabilir.

Oral antidiyabetik ajanlar, insülin: NSAI ilaçlar, antidiyabetiklerin hipoglisemik etkilerini arttırabilirler. Çünkü prostaglandinler glikoz metabolizmasının düzenlenmesi mekanizmasında doğrudan rol alırlar ve muhtemelen oral antidiyabetiklerin serum proteinlerinden açığa çıkması nedeniyle, antidiyabetik ajanların dozunu yeniden ayarlamak gerekebilir.

Antihipertansifler, diüretikler: ketorolakla birlikte kullanımda antihipertansif tedaviye cevap daha yakından izlenmelidir. Çünkü muhtemelen renal prostaglandin sentezi inhibasyonu ve/veya sodyum ve sıvı retansiyonu ile birçok antihipertansif etkisi azalabilir veya tersine dönebilir. Ketorolak, diüretiklerin diüretik ve natriüretik, aynı zamanda antihipertansif etkilerini azaltabilir. Ketorolakın diüretiklerle birlikte kullanımı renal prostoglandin sentezi inhibasyonu ile renal kan akışındaki azalmaya bağlı olarak renal bozukluk riskini arttırabilir.

Asprini diğer salisilatlar, diğer NSAI ilaçlar: Toksisite riski artar.

Sefamandol, Sefoperazon, Sefatetan, Moksalaktam, Plikamisin, Valproik asit: Bu ilaçlar hipoprotrombinemiye yol açabilir. Ayrıca, Plikamisin ve valproik asit, Platelat agregasyonunu inhibe eder, moksalaktam ise Plateletleri irreversibl olarak tahrib eder. Keterolakla birlikte kullanımları, kanama riskini arttırır.

Altın Bileşikleri: Altın bileşiklerinin NSAI ilaçlarla, bu arada keterolakla birlikte kullanımı renal advers etki riskini arttırır.

Lityum tuzları: Ketorolak, lityum-kan düzeylerini arttırabilir.

Metotraksat: NSAI alan hastalara uygulanan metotraksatın ciddi ve bazen fatal metatraksat toksisitesine yol açtığı bildirilmiştir. Bu, muhtemelen NSAI ilaçların renal fonksiyonları azaltması nedeniyle metotraksatın vücuttan atılımının azalmasına bağlıdır. Bu nedenle, ketorolak verileceği durumlarda, metotraksat uygulamasından önce aradan en az 24 saat, sonrasında ise 12 saat zaman aralığı bulunmalı veya metotraksatın plazma konsantrasyonlarının toksit olmayan düzeyde olduğunun kanıtlanmalıdır.

Nefrotoksit ilaçlar: Adverse renal etkilerde ve etkilerin ciddiyetinde artma riskine neden olur.

Nifedipin, Verapamil: Bu ilaçların ketorolakla birlikte kullanımında dikkatli olunması önerilir. Çünkü bu ilaçlar birbilerini proteine bağlama yerlerinden açığa çıkarabilir. Böylece ilaçlardan herbirinin serbest plazma konsantrasyonları ve toksisite riski artabilir.

Diğer Platenet agregasyon inhibitörleri (Parenteral karbenisilin, desktran, dipridamoldivalproeks, suda çözünen organik iyodür tipi radyopak ilaçlar): Additif platenet agregasyonu etkisinden dolayı kanama riski artar, GI ülserasyon ve kanama görülebilir.

KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU: IM kullanmak için: Başlangıç dozu 10 mg. dır. Daha sonra gerekirse 4-6 saatte bir 10-30 mg. verilebilir. ETKİLİ OLAN EN KÜÇÜK DOZUN VERİLMESİNE DİKKAT EDİLMELİDİR. Günlük toplam doz, yaşlı olmayan hastalarda 90 mg.ı, yaşlılarda (65 yaş) 60 mg.ı geçmemelidir. Maksimum tedavi süresi IM için 2 gündür.

Oral yolla 4-6 saat ara ile birer tablet alınır. Günlük maksimum doz 40 mg. dır. Maksimum tedavi süresi 5 gündür.

Parenteral ketorolak verilen ve daha sonra oral forma dönen hastalarda günlük toplam kombine doz yaşlılarda 60 mg.ı diğer kişilerde 90 mg.ı geçmemelidir.

DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ: Doz aşımında, özellikle GI advers etkilerde artma ve kanama görülebilir. Doz aşımı durumunda hasta izlenmeli ve semptomatik tedavi ugyulanmalıdır.

Actual Medicine

Medikal Yayıncılıkta Reform



Sayın Meslektaşlarımız

Actual Medicine Dergisi sağlıkla ilgili bilim ve pratik içerisinde bulunan tüm sağlık çalışanlarının gözü kulağı olarak her konuyu tartışmaya açmak, demokratik ve şeffaf yöntemlerle hakça çözümler üretmek amacındadır. Konulara bu açıdan yaklaşarak sanattan siyasete, mizahtan edebiyata beklenti düzeyi yüksek, ufku geniş olan tüm meslektaşlarımızın görüşlerine yer verecek, uluslararası standartlarda sıradışı bir dergi olma özelliğini koruyacaktır.

Ülkemizde bu özellik ve boyutlarda meslektaşlarımıza yönelik ilk kez yayınlanmaya başlayan Actual Medicine sizlerin de katkısıyla tüm sağlık çalışanlarının bilimsel ve sosyal açıdan, hem savunucusu hem de gözü kulağı olacaktır.

Abone olmak için aşağıdaki formu doldurarak yatırdığınız paranın dekontu ile birlikte adresimize postalayınız.

Adres: Halk Sokak 5/1 Yenişehir 06420 Ankara Tel: (312) 432 04 08-432 04 60 Fax: (312) 434 19 16

Actual Medicine Dergisine 1994 yılı (12) / (6) sayısı için abone olmak istiyorum. Gerekli ücreti aşağıdaki (Posta Çeki) / (Banka) hesabınıza yatırdım. Dekont ektedir. Lütfen dergiler çıktıkça, adresime postalayınız.

Adım-Soyadım :.....

Adresim :.....

.....

.....

.....

Tel:.....

Abone Ücretleri

	6 Aylık	1 Yıllık
Öğrenci	200.000	300.000
Doktor	250.000	350.000

MN Medikal Eğ.İlt.Org.San.Tic.Ltd.Şti. ne ait hesap numaraları:

1. Posta Çeki Hesap No: 105159
2. İş Bank. Yenişehir Şub: 302 3764,
3. Ziraat Bank. Sıhhiye Şub: 864-5

* SSK Okmeydanı Hastanesi 1993 - 1994 Dönemi Dişhekimliği Bilimsel Toplantıları Programı
Toplantılar 13.00 - 14.30 arasında Hastane ana giriş katındaki toplantı salonunda yapılacaktır.
- 27 Aralık 1993 Doç. Dr. Necat Tuncer - Oklüzal analiz
- 3 Ocak 1994 Prof. Dr. Suphi Konukman - Çene Kırıkları
- 10 Ocak 1994 Doç. Dr. Nevin Kartal - Türk toplumunda kök kanal morfolojileri ve endodontideki önemi
- 17 Ocak 1994 Doç. Dr. Selim Pamuk - Porselenleri güçlendirmek için iyon transferi
- 24 Ocak 1994 Doç. Dr. Hâluk Keskin - Cerrahi Protezler

* **16. Sâo - Paulo Dişhekimleri Toplantısı** Ocak 1994 Güney Amerika

* **I. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi** 7-9 Ocak 1994 Vietnam.

* **17. Asya Pasifik Dişhekimliği Kongresi** 3-9 Şubat 1994 Filipinler

* **Uluslararası Kongre** 13 Şubat 1994 MALTA

* **Endodonti Derneği IV. Bilimsel Kongresi** 20-22 Nisan 1994- Ankara Başkent Öğretmenevinde

Bilgi İçin: (0-312) 212 62 20, 230, 234, 236, 240

* **(Maxillo Facial Protezler)** 27 - 30 Nisan 1994 - FLORİDA USA

* **Bölgesel Avrupa Dişhekimleri Kongresi** 21-23 Mayıs 1994 - İSTANBUL

* **Avrupa Prostodonti Derneği Kongresi** 3-5 Eylül 1994 - İSTANBUL

Başvuru: Prof. Dr. E. Akın İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Çapa - İSTANBUL

* **FDI Kongreleri:**
2-8 Ekim 1994 - 82. FDI Kongresi - Vancouver KANADA
1995 - 83. FDI Kongresi - Hong - Kong
1996 - 84. FDI Kongresi , Miami (U.S.A.)
1987 - 85. FDI Kongresi - Seoul (G. KORE)

Yazışma Adresi:
Mrs. Penny YOUNG
FDI World Congresses
7 Carlisle Street
London WIV 5 RG
Tel: (UK) 44 71 935 78 52
Fax: 44 71 486 01 83

BİLGİ İÇİN: TDB, Meşrutiyet C. 32/8 Kızılay - ANKARA

MALTA '94

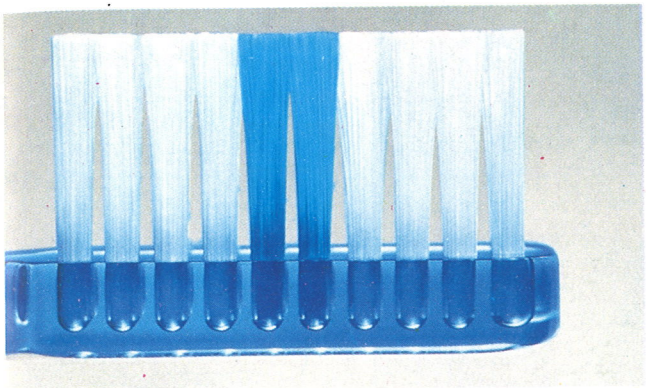
MALTA · GOZO · COMINO



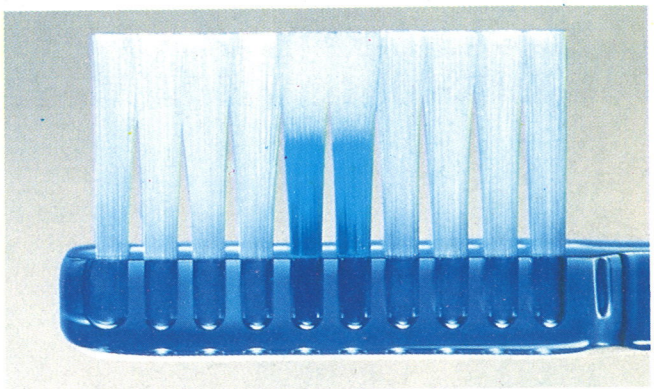
Topics:
- Frontiers of Dentistry
- Dentistry and the European Market
- The Specialities in General Dental Practice
- Open Session

Conference Agents:
Malta University Services Ltd, Universty of Malta, Msida MSD 06, MALTA
Tel: (00356) 343572 Fax: (00356) 344879

İşte hastalarınıza önerinizi hatırlatan bir diş fırçası!



Yeni



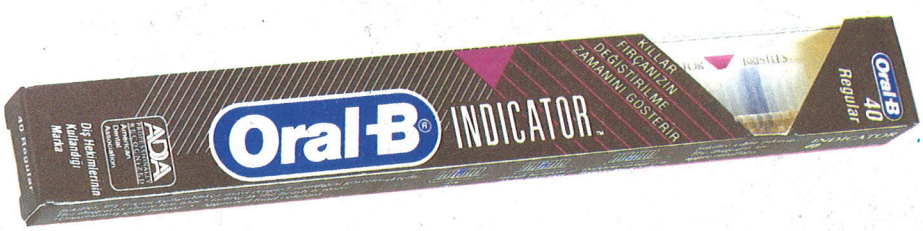
Değiştirme zamanı
(yaklaşık üç ay sonra)

Dişhekimleri hastalarına diş fırçalarını her 3 ayda bir değiştirmelerini önerirler[1].
Ancak çoğu hasta bunu unutur.
Oral-B, önerileriniz doğrultusunda, hastalara değiştirme zamanını hatırlatan mükemmel bir diş fırçası geliştirdi. Kullandıkça mavi* kılları solan:

Oral-B Indicator

Mavi renk yarıya indiğinde, fırçanın değişme zamanı gelmiş demektir.
Oral-B' den sağlıklı bir uyarı.

1 Amerika Dişhekimleri Birliği (ADA) ve Türk Dişhekimleri Birliği önerisi.
* Amerika Gıda ve İlaç Birliği (USA FDA) tarafından onaylanmış gıda boyası.



ADA PROFESSIONALLY RECOGNIZED American Dental Association

Oral-B®

Koruyucu Dişhekimliğinde Yardımcınız

Türk Dişhekimleri Birliği, diş fırçalarının her 3 ayda bir değiştirilmelerini önermektedir.


EN GÜÇLÜ
FLUORİD
FORMÜLÜ
SADECE
İPANA'DA!
ŞİMDİ
EN GÜÇLÜ FLUORİD FORMÜLÜ
fluorid
ipana
BEYAZ DİŞ MACUNU, DİŞ ÇÜRÜMELERİNİ ÖNLER
diş çürümelerine karşı en güçlü fluorid formülü